Rok L. Kraków, dnia 16. grudnia 1911. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Badania nad występowaniem cylindruryi wśród leczenia rtęcią

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

(Ciąg dalszy).

Przystępując do należytej oceny wniosków, wysnuwanych z podobnego zestawienia całego szeregu przypadków, badanych w kierunku cylindruryi od początku do końca leczenia, należy sobie niewątpliwie zdać sprawę z tego, czy wałeczki nie pojawiają się przynajmniej od czasu do czasu u ludzi zupełnie zdrowych, a powtóre, czy cylindrurya małego stopnia nie bywa wywołana przez samą sprawę chorobową t. j. kiłę w rozmaitych jej okresach, szczególniej wczesnych, i to naturalnie tam, gdzie niema mowy o kiłowem schorzeniu nerek, występującem wśród białkomoczu i całego szeregu objawów sprawom tym towarzyszących?

Co do pierwszej części pytania, dotyczącej tak zwanej cylindruryi fizyologicznej, mógłbym na podstawie badań własnych twierdzić, że jakkolwiek ona istnieje, to jest tak minimalna i rzadka, że w ocenie badań, przeprowadzanych na większym materyale, nie może wchodzić zupełnie w rachubę. Badając osady moczu przed rozpoczęciem leczenia i to u ludzi, którzy poprzednio nigdy rtęcią nie byli leczeni i zresztą zupełnie zdrowych, miałem sposobność przekonać się, że w bardzo tylko nielicznych przypadkach spostrzegać można wałeczki szkliste, i to tak skąpe, że przeszukując całe szeregi preparatów, zaledwie jeden lub dwa wałeczki naliczyć można. W przeważnej liczbie badanych osadów u ludzi zdrowych, szczególnie młodych, nie spostrzegano wałeczków wcale, mimo, że osady były centryfugowane. W pięciu przypadkach na dwadzieścia pięć osadów, pochodzących od ludzi zdrowych, znalazłem bardzo skąpe wałeczki (po 1—2 w preparacie), przyczem wyraźnie zaznaczyć należy, że w trzech z powyższych pięciu przypadków stwierdzono alkoholizm dosyć wysokiego stopnia. Do podobnego zdania dochodzi także Fischel (Ueber Sedimentuntersuchungen eiweissloser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation 1907) i dlatego wnioski Klienebergera i Gentzena, podług których wałeczkomocz fizyologiczny ludzi niegorączkujących waha się około 50%, wydają mi się niezrozumiałe; nie znajdujemy też potwierdzenia tych liczb nawet w przybliżeniu w całej odnoszącej się tu literaturze.

Co do odpowiedzi na drugie pytanie, to wynika z badań Fischla i Welandera, że cylindrurya we wczesnych okresach kiły wogóle, i to bez względu na okres erupcyi, należy wprost do rzadkości. Z moich doświadczeń w tym kierunku wynika tosamo. Oto kilka liczb ze statystyki Welandera:

Pierwsza serya.

Na 15 chorych w okresie pierwszej wysypki — u 2 chorych bardzo nieliczne wałeczki.

Na 11 chorych z wysypką powrotną — u 1 chorego nieliczne wałeczki.

Na 13 chorych w okresie kilakowym — u 2 chorych wałeczki (u jednego z nich bardzo liczne).

Razem . . 15·4%

Druga serya.

Na 46 chorych w okresie pierwszej wysypki — u 6 chorych wynik dodatni.

Na 36 chorych z wysypką powrotną — u 5 chorych wynik dodatni.

Na 15 chorych w okresie kilakowym — u 6 dość liczne wałeczki.

Razem . . 17·5%

Co do ilości wałeczków, to znaleziono w powyższych przypadkach u 7 chorych po jednym wałeczku, u 4 chorych po 2, u jednego 3, u 4 chorych po kilka, u jednego zaś tylko tu i ówdzie po wałeczku. W ostatnich pięciu przypadkach znaleziono również i ślad białka.

Z późniejszych statystycznych wykazów Welandera wynika, że jednak okres kilakowy usposabia nieco do wałeczkomoczu, chociaż w nieznacznym tylko stopniu. Dane te wysnuwać jednak można tylko z pewnem zastrzeżeniem, t. j. wprowadzając w ocenę wyłącznie przypadki zupełnie nieleczone, rtęć bowiem, stosowana w okresie kilakowym często w dawkach większych, musi z natury rzeczy wpływać na pojawienie się wałeczków w kile późnej. To samo zastrzeżenie możnaby zrobić również i co do wieku chorych; zważywszy bowiem, że kiła późna występuje z reguły w wieku późniejszym, nie będziemy się dziwić zbytnio częstszemu pojawianiu się wałeczków w tym okresie, o ile z badań naszych wynika, że wiek późniejszy wogóle do cylindruryi usposabia i że takie leczenie rtęciowe wywołuje cylindruryę o wiele łatwiej u starszych, aniżeli u młodszych.

Ze względu więc na powyższe uwagi, możnaby zatem i owo wrzekome częstsze pojawianie się wałeczków w okresie kilakowym pomimo wyżej wymienionych liczb statystycznych odnieść jednak jeszcze przynajmniej w pewnej mierze do granic fizyologicznych.

W ocenie krytycznej badań naszych w kierunku działania rtęci na nerki nie mogą powyższe względy, dotyczące cylindruryi fizyologicznej, jak również i cylindruryi zależnej od kiły jako od choroby konstytucyonalnej, poważnie wchodzić w rachubę, i to nietylko z powodu minimalnej ich wartości w kierunku statystycznym. Względy te nie mogą w badaniach naszych zaważyć na szali głównie dlatego, że badania te miały na celu przedewszystkiem stwierdzenie, czy rtęć w pewnych dawkach wywołuje cylindruryę wogóle i czy ta cylindrurya wzmaga się równolegle z powiększeniem dawki tego przetworu w rozmaitych metodach jej stosowania. Przypadki, w których spostrzegano wałeczki choćby w skąpej ilości (naturalnie bez białkomoczu), służyły właśnie do stwierdzenia faktu, czy ilość tych elementów morfologicznych ulegać będzie powiększeniu pod wpływem rtęci i w jakim stopniu, przyczem spostrzeżono, że w każdym niemal przypadku ilość wałeczków zwiększała się następowo, co zniewalało bezwarunkowo do przypuszczenia, że o cylindruryi na tle kiłowem w właściwem tego słowa znaczeniu mowy być nie mogło. Przypadki, w których przed rozpoczęciem leczenia stwierdzono choćby minimalną ilość białka, wyłączono z zakresu powyższych zestawień, jak już wyżej wspomniałem w zupełności, o ile w tych przypadkach z jednej strony leczenie rtęcią musiało być przeprowadzane z wszelką ostrożnością, z drugiej zaś strony ścisła kontrola cylindruryi w tych warunkach stawała się utrudnioną lub niemożliwą.

Obserwacye przeprowadzano z uwzględnieniem podziału na cztery grupy:

1) Leczenie wcieraniami. 2) Leczenie wstrzykiwaniami przetworów nierozpuszczalnych (w naszych przypadkach wyłącznie Hydrarg. salicyl. 3) Leczenie wstrzykiwaniami przetworów rozpuszczalnych (w naszych przypadkach wyłącznie Hydrarg. succinimid.). 4) Leczenie wewnętrznem podawaniem przetworów rtęciowych (w naszych przypadkach Hydrarg. sozojodol., częściowo tylko Hydrarg. tannic. oxydul.). W kilku tylko przypadkach badano także mocz u chorych, leczonych drogą wziewań przez wprowadzanie maści rtęciowych do nosa sposobem Thalmanna; przypadków tych nie wprowadzam tu jednak jako osobnej grupy, ponieważ liczba tych obserwacyi była bezwarunkowo za mała, aby mogła posłużyć do wyprowadzenia pewnych wniosków. Bardzo często, szczególnie u dzieci, używano leczenia plastrem rtęciowym, okładając nim naprzemian coraz to inne obszary powłok zewnętrznych; badanie moczu wykazywało wyniki zupełnie niemal analogiczne do wyników przy metodzie wcierań i dlatego przypadki te włączono w całości do pierwszej grupy.

W pierwszej grupie badano osiemdziesięciu chorych, leczonych zapomocą wcierań (od 3 do 4 gramów unguent. hydrargyri resorbin. pro die); wśród nich 35 mężczyzn, 15 kobiet i 10 dzieci, u których stosowano leczenie plastrowe lub też maść rtęciową, przeważnie w dawkach od 1—2 gramów dziennie. U sześćdziesięciu chorych badano osad najregularniej co pięć lub sześć dni, t. j. zawsze po ukończeniu pięciu wcierań, tak że kontrola działania rtęci była w tych przypadkach jak najściślejsza, u reszty zaś, t. j. u dwudziestu (17 mężczyzn i 3 kobiet) badania odbywały się rzadziej i nie tak regularnie, t. j. więcej dorywczo, w każdym jednak razie kilkakrotnie w ciągu leczenia.

Z całej liczby osiemdziesięciu chorych miałem sposobność zaledwie u połowy badać mocz w krótszym lub dłuższym okresie czasu po ukończeniu leczenia rtęcią. Tłomaczy się to tem, że przeważna liczba wyleczonych chorych domaga się natychmiastowego uwolnienia celem powrotu do domu. Z tego też powodu najczęstsza sposobność badania wielu chorych w dłuższy czas po ukończeniu leczenia nadarzała się z okazyi powrotu tychże do kliniki z powodu ogólnego lub miejscowego nawrotu choroby po upływie kilku tygodni lub miesięcy.

Obserwacye nasze w tym kierunku bardzo pouczające obejmowały badania w następujących okresach czasu:

26 chorych w okresie 2—4 miesięcy po ukończeniu leczenia
15 » » 4—6 tygodni » » »

W całym szeregu przypadków miano naturalnie sposobność badać mocz w okresie 2—3 tygodniowym po ukończeniu leczenia, czego nie wprowadzano prawie w rachubę, ponieważ okres ten wobec obfitego jeszcze wydzielania się niedawno wprowadzonej rtęci nie odgrywał tak znacznej roli. W dwunastu przypadkach badano mocz po upływie $1—1^1/_2$ roku.

Z ściśle prowadzonych protokołów wynika, że w przypadkach leczonych wcieraniami zauważyć można było wałeczki w moczu prawie zawsze po zastosowaniu 8—12 wcierań (średnio po 3·0 pro die). Zaledwie kilka razy tylko zauważono wałeczki przed zastosowaniem 8 wcierań, w wielu razach pojawiać się one zaczęły po 12, niekiedy dopiero po 15 wcieraniach i później. Ażeby w grubszych zarysach unaocznić wzmaganie się ilości tych elementów w osadzie w widocznej zależności od ilości podawanej rtęci, przytaczam pierwszy lepszy przypadek, z protokołów tej grupy wyjęty:

Nr 12. Chory L. S., l. 27. Lues mac. pap. rec., condyl. fauc. Mocz przed rozpoczęciem leczenia nie wykazuje zmian żadnych. Leczenie rozpoczęto 30. X. 1906. Wcieranie po 3 gr. dziennie.

6. XI. 5 wcierań skończonych. Białka ani śladu. W osadzie (3 preparaty) śluz, liczne leukocyty, trochę nabłonków, wałeczków brak zupełny.

13. XI. 10 wcierań. Białka ani śladu. W osadzie (3 preparaty) bardzo liczne leukocyty, wiele śluzu, skąpe nabłonki, skąpe wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia).

20. XI. 15 wcierań. Białka brak. W osadzie bardzo liczne nabłonki i bardzo liczne leukocyty. Wałeczki w ilości wzmożonej, t. j. 8—10 w preparacie, przeważnie szkliste, tu i owdzie nabłonkowe (te ostatnie w stosunku 1:3).

25. XI. Stan tensam.

28. XI. 20 wcierań. Objawy chorobowe w zupełności ustąpiły. Nieliczne plamy barwikowe po guzkach głębszych. Gingivitis mercurialis nieznacznego stopnia. Białka ani próbą z kwasem azotowym, ani z kwasem octowym i żelazosinkiem potasu wykazać nie można; próba Spieglera daje niewyraźny obłoczek. W osadzie wałeczki liczne, w tej samej jednak ilości, jak poprzednio po 15 i 17 wcieraniach, z tą tylko różnicą, że liczba wałeczków nabłonkowych jest nieco większa (stosunek 1:2), prócz tego 2 wałeczki ziarniste w jednym z preparatów. Leukocyty i nabłonki w sporej ilości

jak poprzednio. Liczne kryształy fosforanu magnowo-amonowego.

6. XII. 25 wcierań. Stan tensam, z tą różnicą, że próba z kwasem octowym i żelazosinkiem potasu wykazuje nieznaczny obłoczek (próba Hellera ujemna). Leczenie zakończono wobec zupełnego ustąpienia zmian chorobowych, poczem chory 7. XII. opuścił klinikę z poleceniem zażywania jodu (sol. kalii jodat. 10:300 po 2 łyżki dziennie) przez cztery tygodnie.

10. I. 1907. Chory zgłosił się ponownie ze zmianą na migdałkach, którą uważał za kiłową. Rozpoznano tonsllitis follicul., ale zatrzymano chorego na kilka dni w klinice w celu zbadania moczu.

15. I. Białka ani śladu. W osadzie bardzo skąpe wałeczki szkliste (po 1—2 w preparacie), wałeczków nabłonkowych i ziarnistych brak zupełny. Bardzo dużo śluzu, trochę nabłonków.

W przypadku tym, wyjętym z licznego szeregu zapisków protokolarnych, unaocznia się bardzo dokładnie wpływ rtęci, podanej drogą wcierań, na nerki, i to wśród leczenia zupełnie nie forsownego u człowieka młodego, nie przedstawiającego obok średnio lekkiej postaci kiły wczesnej, zresztą żadnych zboczeń i nieprawidłowości w ustroju. Widzimy, jak to słusznie zresztą Welander zaznacza, że i tu wyraźnej zresztą cylindruryi nie odpowiada wcale obecność białka (ślad po odczynie Spieglera, który jak wiadomo bywa dodatni przy obecności nukleoalbuminów, nie może wchodzić w rachubę), że mamy tu rzeczywiście do czynienia z wałeczkomoczem po zadziałaniu rtęci u osobnika, którego mocz przed rozpoczęciem leczenia zupełnie wałeczków nie zawierał. Widzimy dalej, że ilość wałeczków wzmaga się w miarę zwiększania ilości wprowadzanej rtęci, i to niemal zupełnie równolegle, że mamy tu zatem objaw niewątpliwie rtęciczy. W przypadku tym znajdujemy również wyraźne dane, wskazujące na to, że objaw ten ustępuje, a przynajmniej traci na sile w krótkim stosunkowo czasie po zakończeniu leczenia. W całym szeregu przypadków nie znajdowałem już wałeczków po upływie 6—8 tygodni wcale, a w nielicznych tylko przypadkach skąpą ich ilość jeszcze po upływie 2—3 miesięcy.

Biorąc na uwagę metody wcierań i nasze wyniki badania, musimy przyjąć za pewnik, że już nieznacznie małe ilości rtęci wydzielanej drogą nerek wystarczą do wywołania owego stanu podrażnienia, zaznaczającego się obecnością wałeczków w moczu. Aby sobie zdać sprawę z tych ilości metalu, opuszczającego prawidłowo ustrój drogą nerek, musimy zwrócić uwagę na badanie Winternitza, który podaje następujące liczby, normujące »caeteris paribus« wydzielanie się rtęci, stosowanej drogą wcierań przy powłokach zewnętrznych zupełnie prawidłowych w dawkach po 4 gramy maści rtęciowej dziennie:

1) Po 6 wcieraniach:	0·0001 Hg.	w	litrze	moczu
2) Po 12 »	: 0·00055 »	»	»	»
3) Po 18 »	: 0·00049 »	»	»	»
4) Po 21 »	: 0·001 »	»	»	»

Winternitz zaznacza przytem, opierając się na bardzo ścisłych badaniach, że wydzielanie się rtęci drogą nerek rozpoczyna się prawie zawsze już w pierwszym dniu leczenia. Welander, a po nim i Fischel, zaznaczają też, że już po trzeciem wcieraniu zauważyli niejednokrotnie u badanych przez nich chorych wałeczki; badania nasze nie stwierdziły tego ani w jednym przypadku. Jedynie dwa razy zauważono skąpą ilość wałeczków i to po 5 wcieraniu, lecz oba razy u ludzi starszych (po 45 roku życia) i oba razy w cięższych postaciach kiły.

Z całej liczby osiemdziesięciu chorych, leczonych wcieraniami, zaledwie w 15% nie udało się ani razu w ciągu całego leczenia zauważyć żadnego wałeczka, pomimo że leczenie doprowadzono w tych przypadkach do 20, a nawet do 25 wcierań; — we wszystkich tych przypadkach chodziło o ludzi młodych poniżej lat 30, po raz pierwszy leczonych (szczegół bardzo ważny, do którego później wrócimy) i nie nadużywających alkoholu. W reszcie przypadków spostrzegano wałeczki stale i to w 50% wyłącznie szkliste, w 20% przeważnie szkliste z domieszką ziarnistych i nabłonkowych, w pozostałych przypadkach przeważały wałeczki nabłonkowe i ziarniste, spostrzegane już po kilkunastu wcieraniach, zupełnie zresztą dobrze znoszonych. Ostatnia kategorya dotyczyła jednak osób przeważnie wyżej lat czterdziestu. Zauważyć wogóle należy, że zazwyczaj w początkach leczenia pojawiają się prawie zawsze wałeczki szkliste, później ich liczba powiększa się tylko, atoli bez zmiany cech morfologicznych, a dopiero znacznie później, t. j. dopiero w dalszym okresie leczenia (zwykle po 20—25 wcieraniach) spostrzegać się dają wałeczki nabłonkowe rozmaitej wielkości, jako też ziarniste. Wałeczków krwinkowych nie spostrzegałem po wcieraniach ani razu — znajdowali je natomiast inni autorowie kilkakrotnie.

Co się tyczy białka, to jego wydzielanie w czasie leczenia wcieraniami należy do objawów wprost bardzo rzadkich, jeżeli chodzi o osoby, których nerki przed rozpoczęciem leczenia były zupełnie zdrowe. W naszych przypadkach spostrzeżono białkomocz wogóle kilka razy, wogóle w 5% przypadków. W dwu przypadkach wydzielać się zaczęło białko po skończonych 20 wcieraniach (próba z kwasem azotowym wyraźna), w jednym już po 10 wcieraniach (próba z kwasem azotowym mniej wyraźna, próba z kwasem octowym i żelazosinkiem potasu daje wyraźne zupełnie zmętnienie). We wszystkich tych przypadkach stosowano po krótkiej przerwie leczenie mimo śladów białka ostrożnie dalej. Zaraz po ukończeniu leczenia ustąpił białkomocz w zupełności z wyjątkiem jednego przypadku, w którym ślad białka utrzymywał się przez kilka tygodni (syphilis gummotuberculosa) po leczeniu.

Zaznaczyć należy jako rzecz znamienną, że nie stwierdzano nigdy białka w moczu, w którymby osad nie wykazywał wałeczków i to w znacznej ilości, z przewagą tworów nabłonkowych. Prawie nigdy nie towarzyszyło białko wałeczkom wyłącznie szklistym, jako znamiennym dla podrażnienia nerek najlżejszego stopnia. Zauważył to już Welander, a badania nasze fakt ten w całości stwierdzają; tak że wogóle na zasadzie całego szeregu naszych badań możemy wypowiedzieć zdanie, że białkomocz nawet bardzo nieznaczny wywołany przez rtęć, nie istnieje bez wałeczkomoczu i to znaczniejszego stopnia (z udziałem wałeczków nabłonkowych) i że na odwrót bardzo znaczną ilość wałeczków, stale utrzymującą się przez czas dłuższy, a na-

wet bardzo długi, znajdujemy z reguły w moczu zupełnie wolnym od białka, szczególnie jeżeli na ów wałeczkomocz składają się przeważnie wałeczki szkliste. Prócz tego z całym naciskiem należy podkreślić fakt, że jeżeli wreszcie białkomocz w tych warunkach się pojawia, to wówczas bardzo znacznej ilości wałeczków odpowiada najczęściej minimalna tylko, bo najczulszemi zaledwie próbami dająca się stwierdzić ilość białka.

Fakta powyżej przytoczone, stwierdzone ściśle naszemi badaniami, zgadzają się niewątpliwie w zasadniczych punktach z wynikami doświadczeń Welandera, którego prace w tym kierunku były bardzo dokładne i wyczerpujące, a opierały się na znacznym materyale leczonych rtęcią chorych.

W jednym jednak punkcie wyniki naszych badań nie zgadzają się w zupełności z tezą, przyjętą przez tego wybitnego autora. Welander miał sposobność stwierdzić na podstawie całego szeregu przypadków, że cylindrurya ustaje zawsze i to na dłuższy czas przed ustaniem ostatnich śladów eliminacyi rtęci drogą nerek, czyli innemi słowami, że okres wydzielania się rtęci moczem trwa zawsze jeszcze czas dłuższy, nie pobudzając już w końcu nerek do wydzielania wałeczków. Zdaniem Welandera zatem mogą pewne minimalne ilości rtęci przechodzić przez nerki zupełnie, że tak powiem, bezkarnie, t. j. nie wywołując w nich żadnych zgoła śladów podrażnienia, choćby w postaci bardzo nielicznych wałeczków. Spostrzeżenia te zawierałyby pewną analogię z brakiem cylindruryi w zupełnie początkowych okresach leczenia rtęcią. Jak już wspomnieliśmy wyżej, spostrzegano pojawienie się pierwszych wałeczków w moczu na podstawie naszych doświadczeń dopiero po 10—12 wcieraniach (Welander i Fischel nieco wcześniej), mimo, że jak wiadomo (Winternitz i inni), rtęć już w ciągu pierwszych 24 godzin zaczyna drogą nerek ustrój opuszczać. W pierwszych dniach zatem wydzielająca się tą drogą rtęć widocznie jednak nie zdoła doprowadzić odrazu do silniejszego podrażnienia nerek z objawami wałeczkomoczu, — lecz zrazu może je tylko do pewnego stopnia przygotowuje; dopiero, kiedy już większe ilości rtęci zaczną opuszczać ustrój, pierwsze wałeczki zaczynają się pojawiać.

Otóż analogia ta, pozostająca na pierwszy rzut oka w zupełnej zgodzie z wynikami badań Welandera i usprawiedliwiająca poniekąd wyniki badań tego autora, jest jednak tylko pozorną. Musimy się bowiem liczyć z faktem, że kiedy owe pierwsze dawki rtęci zaczynają przechodzić przez nerki, zastają te gruczoły najzupełniej zdrowe i co do swej czynności fizyologicznej nienaruszone, tak, że w pierwszym okresie eliminacyi mogą one zrazu na pierwsze dawki rtęci nie odpowiadać jeszcze wałeczkomoczem; po ukończeniu zaś leczenia, kiedy zatem znaczniejsze już ilości rtęci opuściły ustrój drogą nerek, rzecz się ma jednak zupełnie odmiennie. Teraz musimy się już liczyć z niewątpliwym stanem podrażnienia w tych gruczołach i to często znaczniejszego stopnia, tak, że w warunkach tych bardzo już nawet nieznaczne dawki metalu, wydzielające się w ostatnim okresie eliminacyi, przechodzą przez narząd o naruszonej już równowadze, wywołać więc mogą o wiele łatwiej jakiekolwiek zaburzenia, aniżeli w okresie początkowym.

To też niezupełnie zrozumiałe wydawały mi się wyniki badań Welandera, wedle których eliminacya rtęci zawsze przetrwać miała wydzielanie się wałeczków i to zawsze o dosyć znaczny okres czasu.

Z badań moich w tym kierunku wynika jednak, że tak nie jest. W szeregu moich badań, w małej niestety tylko liczbie przypadków, zwróciłem uwagę w tym właśnie kierunku; pewna liczba jednak spostrzeżeń naszych w tej sprawie poucza zupełnie pewnie i bez żadnych zastrzeżeń, że w moczu, nie zawierającym już śladów rtęci, spostrzegano jeszcze wałeczki w dłuższy czas po ukończeniu leczenia rtęciowego. Dotyczyło to przeważnie chorych leczonych zapomocą wstrzykiwań środków rozpuszczalnych (3 przypadki po sublimacie, 4 po bursztynianie rtęciowym, 2 przypadki po wcieraniach), a zatem o warunkach względnie bardzo szybkiej, jak wiadomo, eliminacyi leku z ustroju. Przypadki te odnoszą się do rozmaitych okresów moich badań. (Liczby protok. Nr 22 i 34 z roku 1904, Nr 71 z roku 1905, Nr 102 i 121 z roku 1906, Nr 157 i 171 z roku 1907, Nr 201 z roku 1908, Nr 218 z roku 1909), a jeden z nich, jako najbardziej pouczający, zasługuje na przytoczenie:

Chora M. S., zamężna, l. 32, dobrze odżywiona i w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie przedstawiająca, przyjęta do kliniki z rozpoznaniem: Syphilis papulosa orbicularis frontis et femoris, iritis syph., syphilis condyl. faucium ingens, defluvium capillorum. Chora, poprzednio zupełnie nie leczona, roniła 2 razy; ostatnie dziecko podobno zupełnie zdrowe, urodzone przed rokiem. Leczenie wcieraniami po 4 gramy dziennie rozpoczęto 5 lutego; z powodu zapalenia tęczówki uczęszczała chora równocześnie do kliniki okulistycznej. Mocz, badany przed leczeniem, nie okazywał zmian żadnych. Po dziesięciu wcieraniach nieliczne wałeczki szkliste ze znaczną domieszką ziarnistych i nabłonkowych, bez śladu białka w moczu. Leczenie przeprowadzano dalej z powodu zapalenia tęczówki i resztek nacieków guzkowych w skórze aż do 35 wcierań z krótką przerwą po 25. Po 30 wcieraniach wyraźny ślad białka, kwasem azotowym wykazalny, przy bardzo znacznej ilości wałeczków. Chora pozostała w klinice jeszcze przez blizko trzy tygodnie z powodu wyprysku na goleni. Mocz badany przed opuszczeniem kliniki przez chorą zawierał zaledwie dostrzegalny śladzik białka, wałeczki zaś w bardzo miernej ilości, prawie wyłącznie szkliste. W niespełna trzy miesiące zgłosiła się chora powtórnie do kliniki z powodu ponownych bolów w oku i ze zmianą na dziąsłach, którą lekarz miejscowy uznał za rtęciczą. Rozpulchnienia dziąseł nie zauważono zupełnie, jak również żadnych nalotów. Zmiana na dziąśle była dosyć ściśle ograniczona, miała charakter nadżerki i po potarciu lekko broczyła. Mocz odesłano do zakładu chemii celem dokładnego zbadania w kierunku zawartości rtęci. Badanie wypadło najzupełniej ujemnie: białka ani śladu, w osadzie zaś spora jeszcze ilość wałeczków szklistych i bardzo nieliczne wałeczki ziarniste, nabłonkowych natomiast brak zupełny. Bolów oka po porozumieniu się z kliniką okulistyczną nie leczono już ponownie rtęcią, lecz podawano chorej jod jeszcze przez dwa tygodnie, poczem chora klinikę opuściła. Ostatnie badanie wykazało zaledwie kilka wałeczków szklistych na trzy dokładnie przejrzane preparaty.

Przypadek ten nie jest bynajmniej odosobniony i świadczy wymownie, że wałeczkomocz, szczególnie po

nieco forsowniejszem leczeniu, nic ustępuje bynajmniej przed wydzieleniem się ostatnich śladów rtęci z ustroju, lecz może przetrwać ostatnią fazę eliminacyi leku, co zresztą i w poglądach teoretycznych na tę sprawę znajduje zupełne usprawiedliwienie.

Ażeby ustalić pewną normę w ocenianiu ilości wałeczków w osadach i uzyskać możność porównywania poszczególnych wyników badania pomiędzy sobą, przyjąłem, idąc za wskazówką Fischla, pewną średnią, przydatną do oceny porównawczej ilości wałeczków, znajdowanych w porównywanych ze sobą preparatach, zdając sobie jednak dobrze sprawę z tego, że sposób ten oceniania sprawy zawierać musi błędy i wyraża poszczególne liczby tylko w przybliżeniu. Ocena opierała się na następującej normie:

3—5 wałeczków w preparacie = wałeczki skąpe.
5—10 » » » = wyraźnie wzmożone.
1—5 w poszczególnych polach widzenia = obfite.
5—10 » » » = bardzo obfite.

W granicach powyższej normy oceniałem stale wszystkie badane preparaty, starając się w jej granicach uwzględniać także tak zwaną cylindrurye fizyologiczną, o ile ją przed rozpoczęciem leczenia stwierdzono. Badając osady, zawierające bardzo znaczną ilość śluzu (osad galaretowaty), dodawałem zawsze, idąc za radą Fischla, nieco rozczynu fizyologicznego soli kuchennej (1 kropla na szkiełko podstawowe) i przekonałem się, że sposob ten rozcieńczania badanego osadu pozwala często dojrzeć w polu widzenia liczne wałeczki, pokryte w innych preparatach zbyt gęstą warstwą śluzu.

Wałeczki, znajdowane w pierwszych okresach leczenia przedstawiają się jako twory budowy jednostajnej o końcach zaokrąglonych, o połysku matowym, rozmaitej wielkości. Są często pokrzywione i pogięte i nie stanowią owych typowych, ściśle walcowatych odlewów szklistych, spotykanych w przebiegu miąższowego zapalenia nerek; przedstawiają się raczej jako twory o budowie nieregularnej i często pasmowej lub prążkowanej. Są to twory, najwięcej zbliżone do opisanych przez Töröka nerkowych cylindroidów. W późniejszych okresach leczenia zdarza się już spotykać wałeczki o budowie znacznie regularniejszej, twory coraz to więcej zbliżone do znanych wałeczków szklistych, względnie niczem się od nich nie różniące. Równocześnie z nimi występują w późniejszych okresach w polu widzenia również wałeczki o budowie ziarnistej i to przeważnie drobnoziarnistej, często z coraz to liczniejszemi komórkami nabłonkowemi na powierzchni, a wreszcie wałeczki złożone już przeważnie z nabłonków i to o budowie coraz to regularniejszej. W okresie tym czasami pojawia się już i ślad białka, chociaż w przypadkach naszych nie tak często, jak to spostrzegał Welander.

Do barwienia badanych wałeczków nadawał się najwięcej barwik Unny (polychromes Methylenblau); wałeczki barwią się nim zwykle bladoróżowo z odcieniem fioletowym, zależnie jednak od grubości tworów w różnej wysokości odcień barwy przedstawia się rozmaicie. Barwienie barwikiem Pappenheima (zieleń metylowa z pyroniną), używane przez Senatora, dawało bardzo piękne obrazy, ale tylko tam, gdzie przeważały wałeczki ziarniste, wałeczki szkliste pozostawały najczęściej niezabarwione; hematoksylina barwi je jasnofioletowo.

Wydzielanie się wałeczków ziarnistych i nabłonkowych pojawiało się, jak już wspomniano, prawie wyłącznie w późniejszych dopiero okresach leczenia, szczególnie przy stosowaniu wcierań. W trzech zaledwie przypadkach (protok. Nr 41, 57, 71) znaleziono po 7, względnie po 10 wtarciach 2—3 wałeczków złożonych z leukocytów i z nabłonków; we wszystkich tych przypadkach pojawiło się także białko w śladach w późniejszym okresie leczenia. Zgodnie z Welanderem musimy stwierdzić fakt, że zawsze, kiedy spostrzegać się dają wałeczki rozmaitego rodzaju równocześnie (t. j. szkliste, ziarniste i nabłonkowe) ustępują zawsze po zaprzestaniu podawania rtęci najpierw i przedewszystkiem wałeczki nabłonkowe i leukocytowe, a dopiero po dłuższym okresie, w którym stwierdzamy wyłączną obecność wałeczków szklistych, ustępują z pola widzenia wreszcie te ostatnie.

W systematycznem badaniu osadów posługiwałem się przeważnie małemi powiększeniami (Ocul. III—V, Object. 3 Reicherta), często musiałem jednak używać dużych powiększeń, i to mianowicie tam, gdzie chodziło o dokładniejsze zbadanie budowy tworów, co do pochodzenia których mogły zachodzić pewne wątpliwości. Chodziło w tych razach bardzo często o okruchy wałeczków lub ich ułamki, albo też o twory, bardzo do typowych wałeczków zbliżone, lecz od nich znacznie mniejsze, — owe niedokształcone odlewy kanalików moczowych o zatartej budowie, pozwalające rozpoznać zaledwie gdzieniegdzie kilka leukocytów lub też nabłonków na powierzchni — twory, którym Török nadał tak niewiele znaczącą nazwę, jak »renale Cylindroide«. Odnalezienie tych tworów, tak częstych w pierwszych okresach leczenia rtęciowego, nie jest bynajmniej zawsze tak łatwe, szczególnie jeżeli badany osad jest gęsty i zawiera sporo śluzu lub ropy, jak to zresztą bywa przy równoczesnej sprawie zapalnej błon śluzowych. Niektórzy autorowie podnosili pewne wątpliwości co do pochodzenia owych tworów cylindroidalnych; Lüthje przekonał się o pochodzeniu ich z górnych dróg moczowych, a zatem niewątpliwie z nerek, otrzymywał je bowiem z moczu, zebranego drogą cewnikowania moczowodów. Co się tyczy wydzielania się tych wałeczków pod wpływem działania rtęci, to liczne badania w powyższym kierunku usunęły już wszelkie wątpliwości; Welander wykazał je nawet w moczu posługaczów, zajętych stale w salach chorych, w których przeprowadzano leczenie zapomocą wcierań. Przy pewnej wprawie można te cylindroidy zawsze z łatwością rozpoznać i odróżnić od zupełnie już wybitnie się od nich wyróżniających wałeczków okresu późniejszego, szczególniej w ostatnich fazach leczenia.

Już wyżej wspomniałem, że produkcya wałeczków pozostaje niewątpliwie w pewnej zależności od wieku chorego, przy równych zresztą warunkach w kierunku metody leczenia i dawek podawanej rtęci.

Nasza statystyka, obejmująca chorych leczonych wcieraniami, wykazuje:

Na	35	mężczyzn	liczyło	18	chorych	lat	od	35—45
»	»	»	»	6	»	»	»	28—40
»	»	»	»	2	»	»	»	50—24

Na 35 mężczyzn liczyło	7 chorych	lat od	20—30	
» » » »	2 »	» »	18—20	
Na 15 kobiet liczyło	8 »	» »	26—35	
» » » »	5 »	» »	17—20	

3 kobiety z wynikiem ujemnym liczyły od 16—21

Ze statystyki Welandera (tablica VI) wynika, że cylindrurya po użyciu rtęci wzmaga się najoczywiściej z wiekiem, tak, że poniżej lat 40 wynosi tylko 27%, powyżej jednak 40 dochodzi już do 70%. Statystyka nasza różni się od Welanderowskiej chociażby w tem, że wykazuje o wiele wyższy odsetek poniżej lat 40, dotyczy jednak chorych leczonych w tej grupie właśnie wcieraniami. Statystyka Welandera, ani Fischla nie obejmuje zupełnie dzieci; starałem się je uwzględnić w moich zestawieniach, jakkolwiek systematyczne badania moczu napotykały stale na trudności.

Na 10 dzieci liczyło	5 od	7—12 lat
» » » »	3 »	6—10 »
» » » »	2 »	4— 6 »

W pierwszej grupie wykazano wałeczkomocz bardzo nieznacznego stopnia u 2 dzieci (u jednego po 15, u drugiego po 22 wcieraniach po 2 gramy dziennie); w drugiej grupie wykazałem u dziecka 7-letniego raz jeden wałeczki już po 10 wcieraniach dwugramowych; w trzeciej zaś grupie ani razu, mimo, że leczenie przeciągało się dosyć długo. We wszystkich tych przypadkach pojawienie się wałeczków było objawem bardzo szybko przemijającym, bo następne badania już ich wykazać nie zdołały. W żadnym przypadku nie wykazano ani śladu białka.

Mimo usilnych starań nie udało mi się przeprowadzić analogicznych badań u osesków mimo dosyć znacznego materyału, ponieważ zebranie znaczniejszych ilości moczu napotykało na zrozumiałe trudności.

Co do czasu, po upływie którego zaczynały się pojawiać u naszych chorych, leczonych wcieraniami, wałeczki wogóle, t. j. bez względu na ich morfologię, przytaczam jedną z tablic, wyjętych z moich zapisków:

	Wałeczki skąpe	Wałeczki wyraźnie wzmożone	Wałeczki obfite	Wałeczki bardzo obfite
Po 5 wcieraniach	2 Mężczyzn 3 Kobiety			
Po 10 wcieraniach	2 Mężczyzn 1 Kobieta	22 Mężczyzn 10 Kobiet 1 Dziecko	15 Mężczyzn 2 Kobiety	 2 Kobiety
Po 20 wcieraniach		4 Mężczyzn 2 Kobiety	25 Mężczyzn 8 Kobiet 1 Dziecko	6 Mężcz. 3 Kobiety
Po 30 wcieraniach			30 Mężczyzn 10 Kobiet	7 Mężcz. 5 Kobiet

Widzimy z powyższego zestawienia, że po pierwszych dawkach rtęci, t. j. po pięciu pierwszych wcieraniach, zaledwie u kilku chorych pojawiły się wałeczki wogóle i to przeważnie w nader skąpej ilości (u 2 mężczyzn i 3 kobiet). Po dziesięciu wcieraniach znaleziono u przeważnej liczby chorych wałeczki w moczu, u niektórych nawet bardzo obfite, w większości jednak przypadków w dosyć znacznej ilości. Po dwudziestu wcieraniach i wyżej zauważyć się daje bezwzględne zwiększanie się ilości wałeczków u wszystkich niemal chorych.

Na uwagę zasługuje bezwarunkowo fakt, że obfite lub mniej obfite wydzielanie się wałeczków nie pozostawało zgoła w żadnym stosunku do innych jakichkolwiek codziennie się przydarzających objawów zatrucia rtęcią, np. zajęcia błon śluzowych jamy ustnej. Zapisuję ten szczegół wbrew wywodom niektórych autorów, dopatrujących się koniecznie pewnej kompensacyi, względnie alternacyi objawów rtęciczych ze strony nerek, przewodu pokarmowego i. t. d.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wydzielanie się wałeczków w ciągu leczenia rtęciowego zależy, oprócz od wysokości dawek rtęci i do pewnego stopnia metody jej stosowania, także, i to w znacznej mierze, od indywidualnych danych ustroju. W tym punkcie zgodzić się należy w zupełności na zdanie Fischla, i podobnie, jak ten autor, możemy na poparcie tego zdania liczne przytoczyć przykłady. I tak stwierdzono u kobiety młodej, silnie niedokrwistej, ze świeżą wysypką plamistą, bez zgoła żadnych powikłań (Nr protok. 49) obfitą cylindruryę po 10 wcieraniach, natomiast w przypadkach zupełnie analogicznych u kobiet zupełnie zdrowych, jednak w przebiegu nawet nieco cięższych postaci kiły, zauważono dopiero po 15 wcieraniach skąpe zaledwie wałeczki. To samo da się powiedzieć o ustaniu cylindruryi po ukończeniu leczenia. Gdy prawidłowa cylindrurya, często nawet bardzo obfita, ustępuje zupełnie w okresie 3—6 tygodni po ukończeniu leczenia, u chorej (Nr protok. 27), która po zastosowaniu 15 wcierań zapadła na silną grypę i z tego powodu przeniesiona została na czas dłuższy na oddział chorób wewnętrznych, stwierdzono po dziesięciu tygodniach jeszcze wałeczki w moczu i to bez najmniejszego śladu białka. Przypadek ten zasługuje dlatego przedewszystkiem na szczególną wzmiankę, ponieważ stosowano tutaj rtęć wogóle w bardzo małej ilości i do 15 wcierań ograniczono leczenie, które ponowiono znowu dopiero po pięciu miesiącach, skoro chora zgłosiła się ponownie do kliniki z bardzo uporczywą zmianą łuszczycową na dłoniach; w moczu nie zdołano wówczas wałeczków wykryć wcale.

Doświadczenia nasze zdołały nas przekonać, że ilekroć dawały się zauważyć pod koniec leczenia bardzo liczne wałeczki nabłonkowe, przy nieznacznej tylko ilości ziarnistych i szklistych, wtedy zawsze rokowanie w kierunku szybkiego ustania wałeczkomoczu po zakończeniu leczenia było niekorzystne. Obecność białka nie odgrywa w tem rokowaniu bynajmniej ważnej roli. W przypadku kiły grudkowej świeżej (Nr protok. 52), w którym pojawił się ślad białka po pięciu wstrzykiwaniach salicylanu rtęciowego (razem 0·5 tego przetworu), kwasem azotowym wyraźnie wykazalny, nie zdołano już wykazać wałeczków w przeddzień wyjścia chorego z kliniki, t. j. w dwa tygodnie po ostatniej dawce rtęci.

W wysokim stopniu zajmowała nas sprawa wałeczkomoczu u ludzi, leczonych już poprzednio raz lub kilkakrotnie rtęcią. W statystyce naszej zwrócono na te przypadki szczególniejszą uwagę, aby znaleść odpowiedź na pytanie, bardzo mało dotychczas roztrząsane, czy raz przeprowadzone leczenie rtęcią usposabia

przy leczeniu następnem do łatwiejszego względnie znaczniejszego wydzielania się wałeczków i w jakim stopniu? Welander, który znajdował wprawdzie znaczniejszy wałeczkomocz u chorych poprzednio już rtęcią leczonych, skłonny jest przypisywać ten objaw nie tyle poprzedniemu leczeniu, ile może cięższym objawom kiły powrotnej, forsowniejszemu często leczeniu z powodu uporczywych nawrotów choroby i t. d. Fischel nie wypowiada w tej sprawie swojego zdania, a inni autorowie nie zajmowali się tą sprawą wcale.

Zestawienia naszego materyału w tym kierunku w ciągu kilku lat ostatnich dotyczą całego szeregu przykładów i dowodzą bezsprzecznie, że wydzielanie się wałeczków w czasie leczenia rtęcią następuje znacznie łatwiej i wcześniej, jeżeli rtęć już poprzednio, a szczególnie niedawno stosowano.

(Dokończenie nastąpi).

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: Prof. Dr Karol Klecki.

Przyczynek do zatrucia rtęcią.

Napisał

Dr Stanisław Skudro.

Badając w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell. wpływ, jaki wywiera rtęć na rozwój nowotworów mysich, spostrzegłem po jednorazowem wtarciu szarej maści do ogonów 29 dorastających myszy białych objawy ostrego zatrucia, które już po 24—36 godzinach zakończyły się śmiercią w 26 przypadkach. Sekcya wykazała u wszystkich myszy zmiany zapalne w płucach: płuca były prawie bezpowietrzne, zbite, ciemnowiśniowo zabarwione; w niektórych przypadkach można było nadto stwierdzić przekrwienie wątroby i zmiany zapalne w nerkach. Obraz mikroskopowy zgadzał się w zupełności z wynikami sekcyi: płuca przedstawiały obraz zapalenia ostrego o charakterze krwotocznym, przyczem wiele pęcherzyków płucnych wypełnionych było krwią; w nerkach można było stwierdzić zmiany przeważnie degeneracyjne, miejscami z martwicą poszczególnych nabłonków, miejscami zmiany zapalne.

Chcąc się przekonać, czy miałem w rzeczy samej do czynienia z czystem zatruciem rtęcią, nie powikłanem jakąkolwiek epidemią, szerzącą się wśród myszy, wykonałem kilka szeregów eksperymentów.

W pierwszym szeregu eksperymentów 15 myszom wagi średniej 18—22 gr. wtarłem do ogonów szarą maść, podobnie jak w eksperymentach poprzednich. Wraz z temi myszami umieściłem w jednym słoju 15 innych myszy takiej samej wagi Po 36 godzinach padło 15 myszy, a po 48 godzinach 8, czyli razem 23 myszy, z których 10 miało wtartą szarą maść, a 13 było kontrolnych. U wszystkich zwierząt, które padły, stwierdziłem takie same zmiany, jak w poprzednich eksperymentach. — Co się tyczy drogi, którą w tych przypadkach rtęć dostawała się do ustroju, to były nią najprawdopodobniej płuca; atoli możliwą jest rzeczą, że część przynajmniej rtęci dostawała się również drogą pokarmową, gdyż myszy mogły zlizywać z ogonów szarą maść.

Ażeby w zupełności wyłączyć możność dostawania się rtęci do ustroju drogą przewodu pokarmowego, umieściłem 30 myszy w wysokim słoju, do połowy z góry przykrytym suknem, którego powierzchnię posmarowałem szarą maścią. Lubo myszy bezpośrednio z szarą maścią stykać się nie mogły, jednak 4 z nich już po 48 godzinach padły. Gdy następnego dnia żadna mysz nie padła, umieściłem na suknie naczynie z wrzącą wodą, aby w ten sposób ułatwić ulatnianie się rtęci. W 24 godziny potem padły wszystkie myszy Rtęć do ich ustroju mogła się dostać tylko drogami oddechowemi. Istotnie najwybitniejsze zmiany można było zauważyć w płucach. Wynik sekcyi i badania mikroskopowego był taki sam, jak w poprzednich eksperymentach.

Podawanie myszom białym rtęci w rozczynach wraz z pokarmami nie wywołuje u nich zrazu żadnych objawów chorobowych, nawet jeżeli wprowadzać do przewodu pokarmowego spore dawki rtęci. Dopiero po kilkumiesięcznem wprowadzaniu w ten sposób rtęci do ustroju występują objawy powszechnie znane, jako następstwa zatrucia rtęcią, a mianowicie nieżyt przewodu pokarmowego, oraz obraz ogólnego wyniszczenia. Świadczą o tem następujące eksperymenty. Szesnastu myszom dodawałem dziennie po 1 cm^3 0·5% sublimatu do 32 cm^3 zbieranego mleka, co wynosiło na każdą mysz po $^1/_{16}$ cm^3. 0·5% $Hg\,Cl_2$. Pomimo iż w ten sposób podawano rtęć myszom w ciągu 3 miesięcy, nie okazywały one żadnych objawów chorobnych. Natomiast można było stwierdzić objawy zatrucia rtęcią u 12 myszy, którym z początku dawałem takie same dawki sublimatu, jak poprzednim, lecz potem dawkę zwiększałem stopniowo aż do 3 cm^3. 0·5% $Hg\,Cl_2$ w 24 cm^3 mleka, co wynosiło na każdą mysz po $^1/_4$ cm^3 0·5% $Hg\,Cl_2$ dziennie.

W jednym szeregu eksperymentów wstrzykiwałem codziennie myszom wodne rozczyny sublimatu pod skórę, a mianowicie: trzem po 0·2 cm^3 0·01% $HgCl_2$, trzem po 0·2 cm^3 0·1% $HgCl_2$ i czterem po 0·2 cm^3 1% $HgCl_2$. Ostatnia dawka okazała się śmiertelną, ponieważ wszystkie 4 myszy już po 24 godzinach padły. Sekcya stwierdziła: ostry nieżyt przewodu pokarmowego, ostry stan zapalny w nerkach, przekrwienie w wątrobie, dość znaczną liczbę skrzepów w sercu. W płucach nie można było stwierdzić żadnych zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych. — Pozostałe 6 myszy mimo wstrzykiwania im sublimatu w ciągu 30 dni nietylko nie okazywały żadnych objawów chorobnych, ale nawet zyskały na wadze: przed rozpoczęciem eksperymentu ważyły po 20—21 gr., a po 30 dniach po 22—26 gr.

Podobnie nie okazywały żadnych objawów chorobnych myszy, którym w ciągu miesiąca wcierałem do ogonów szarą maść, codziennie przez 2 minuty, a następnie resztki niewtartej maści wycierałem watą zamoczoną w oliwie.

Prócz powyższych eksperymentów wykonałem jeszcze jeden szereg na 33 myszach, z których 10 wtarłem do ogonów szarą maść i umieściłem je w drucianej klateczce. Klateczkę tę wraz z myszami wstawiłem do dużego szklanego słoja, z góry siatką przykrytego, w którym znajdowało się 23 myszy. Mogły one wdychiwać rtęć, ulatniającą się z ogonów myszy, znajdujących się w drucianej klateczce.

Słój ze wszystkiemi myszami postawiłem w miejscu przewiewnem. Żadna z tych myszy nie padła. Z tego można wnosić, że z jednej strony znaczna przestrzeń powietrza w dużym słoju, z drugiej zaś strony, ciągłe krążenie i dopływ świeżego powietrza z zewnątrz klateczki uniemożliwiały nagromadzenie się ulatniającej się rtęci w tym stopniu, ażeby mogła ona podziałać zgubnie na ustrój zwierząt.

Pragnąc przypuszczenie to sprawdzić, przeniosłem myszy, którym szarej maści nie wcierałem, z dużego słoja do słoja cztery razy mniejszego. Słój rzeczony postawiłem w miejscu pozbawionem przewiewu i przykryłem go częściowo suknem, które posmarowałem szarą maścią. U wszystkich myszy wystąpiły po 24—48 godzinach objawy ostrego zatrucia, zakończone śmiercią. Sekcya i badanie mikroskopowe wykazały ostre zapalenie płuc o charakterze krwotocznym.

Ogółem wykonałem eksperymenty na 170 myszach. Na podstawie tych eksperymentów doszedłem do wniosku, że rtęć, stosowana w maści, ulatniając się zostaje wdychiwana. Jeżeli tą drogą dostanie się wielka ilość rtęci do ustroju myszy, to wywołuje ona w pierwszym rzędzie zmiany zapalne w drogach oddechowych, i to nietylko w oskrzelach, jak to niejednokrotnie stwierdzono u ludzi, lecz głównie w samej tkance płucnej, wywołując w niej obraz zapalenia krwotocznego. Natomiast rtęć, wprowadzana do ustroju za pośrednictwem przewodu pokarmowego lub wstrzykiwana podskórnie, nie wywołuje w płucach albo żadnych zmian, albo jeno bardzo nieznaczne; występują tu na pierwszy plan zmiany w przewodzie pokarmowym (nieżyt) i w nerkach (rozsiane zmiany o cechach zapalenia przewlekłego).

Pomimo skrzętnych poszukiwań nie udało mi się znaleźć w piśmiennictwie ani jednego przypadku zatrucia rtęcią u ludzi, w którymby zostały stwierdzone zmiany zapalne w płucach. Wprawdzie Nothnagel [1]) wspomina, że niekiedy można u ludzi rtęcią zatrutych zauważyć przekrwienie, a nawet zapalenie tkanki płucnej, ale, zdaniem jego, zmiany te odnieść należy do istniejących już poprzednio spraw chorobnych w płucach, a nie do działania rtęci.

[1]) Nothnagel und Rossbach. Handbuch der Arzneimittellehre. VII Aufl.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Laitinen. **O wpływie małych dawek wyskoku na rozwój gruźlicy w ustroju zwierząt.** (Zieglers Beiträge T. 51, Z. 2). L. przedsięwziął szereg doświadczeń na królikach i na świnkach morskich. Wnioski, do których doszedł, są następujące: 1) Wyskok zwiększa wrażliwość (zmniejsza naturalną odporność) ustroju zwierząt wobec gruźlicy. 2) Już małe dawki wyskoku, 0·1 cm³ na kilogram wagi zwierzęcia, podawane przez czas dłuższy, wywierają w tym względzie wpływ szkodliwy. 3) Zdaje się, że takie małe dawki, podawane codziennie przez czas dłuższy, wywierają wpływ szkodliwy na potomstwo zwierząt alkoholizowanych. Ç.

Prof. Krawkow. **O różnych okresach działania trucizn na serce odosobnione.** (Russkij Wracz, 1911, Nr 41). Podczas doświadczeń, dokonywanych w pracowni, spostrzegł K., iż te trucizny, które wywierały na serce odosobnione określony wpływ podczas przechodzenia przez serce, bardzo często, opuszczając serce pod wpływem przemywania jego przez naczynia wieńcowe płynem Lockego, okazywały też nieoczekiwane i charakterystyczne działanie. Badając wpływ alkoholu, eteru, chloroformu, wodanu chloralowego, strychniny, kofeiny, adrenaliny, morfiny, kamfory, arekoliny i muskaryny w różnych stężeniach na serce odosobnione, zauważył K., iż w działaniu trucizn na serce należy odróżniać 3 okresy: 1) okres wchodzenia trucizny do tkanki, 2) okres nasycenia tkanki trucizną i 3) okres wychodzenia trucizny z tkanek. Okresy te najwybitniej występują przy takich zgęszczeniach trucizn, które nieznacznie wyczerpują czynność serca odosobnionego. Pierwszy okres odpowiada okresowi największego wpływu środka na serce, w okresie drugim występuje pewna względna równowaga w czynności serca bez względu na obecność coraz większej ilości środka w przechodzącym przez serce płynie; jestto jakby przyzwyczajanie się serca do trucizny. Badanie trzeciego okresu wykazuje, iż serce oswobadza się od trucizny idealnie stopniowo. Pod wpływem niektórych środków (pilokarpina, arekolina) krzywa działalności serca w okresie wychodzenia trucizny odpowiada najzupełniej krzywej działalności w okresie wchodzenia jadu, tylko w odwrotnym porządku. Pod wpływem zaś takich środków, jak strychnina, kamfora i inne, protoplazma komórek sercowych oddziaływa w okresie trzecim wyraźnem wzmożeniem się działalności serca. Przy użyciu morfiny serce o tyle przyzwyczaja się do tej trucizny, iż w okresie trzecim oddziaływa zaburzeniem czynności, odpowiadającem zjawisku wstrzymania się (Abstinenzerscheinung). Z. Gilewicz.

Kunotkow. **Wpływ głodzenia i następowego odżywiania na lepkość krwi.** (Russkij Wracz, 1911). Badając wpływ głodzenia i następowego odżywiania na lepkość krwi u 4 psów i 4 królików, autor doszedł do następujących wniosków. Pod wpływem głodzenia lepkość krwi zwiększa się wybitnie wskutek znacznej utraty składników płynnych, w okresie zaś następowego odżywiania lepkość krwi spada znacznie poniżej poziomu prawidłowego, co dowodzi, iż ustrój przyswaja płynne składniki szybciej, niż składniki stałe. Zmiany ciężaru właściwego i lepkości krwi zmieniają się zależnie od głodzenia i następowego odżywiania w odwrotnym stosunku do wagi zwierząt. Z. Gilewicz.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Ziemke. **O pośmiertnem powstawaniu zatorów tłuszczowych.** (Vierteljahrschrift f. ger. Med. 1911, Nr 42. 3 F T. 41, II Suppl). Obecność zatorów tłuszczowych w narządach ciała, a zwłaszcza w płucach, ma wielkie praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie, ponieważ z jednej strony pozwala stwierdzić, że obrażenie powstało za życia, z drugiej strony objaśnia nam dostatecznie przyczynę śmierci w razie znacznej rozległości zatorów w płucach, względnie także w razie nielicznych zatorów w płucach przy równoczesnych jednak zatorach tłuszczowych w innych narządach, jak w mózgu lub mięśniu sercowym. To dotychczas powszechnie przyjęte zapatrywanie zostało przez Westenhoeffera i innych podane w wątpliwość i to skłoniło autora do wyjaśnienia tej sprawy na drodze doświadczalnej. Zillner, Tamassia i Hoffmann dowodnie wykazali, że tłuszcz skutkiem gnicia może w stanie wolnym przechodzić do naczyń. Chodziło zatem w doświadczeniach autora o stwierdzenie, że w naczyniach znajdujący się tłuszcz może skutkiem wywołanych przez gnicie wpływów mechanicznej natury zostać zawleczony do naczyń włosowatych płuc lub innych narządów. Jeżeli się uwzględni, że przy gniciu wytwarzają się wewnątrz i zewnątrz naczyń gazy, które przez ciśnienie mogą wprowadzić w ruch zawartą w żyłach krew (t. zw. pośmiertne krążenie), to na pierwszy rzut oka zdawałoby

się, że możnaby przyjąć za możliwy transport tłuszczu aż do naczyń włosowatych płuc i innych narządów. Jednakże to pośmiertne krążenie różni się znacznie od krążenia krwi za życia, ponieważ niema przy niem napięcia naczyniowego, a przedewszystkiem siły ssąco-tłoczącej serca. Aby zatem wykazać, czy ruch krwi w układzie żylnym zwłok zdoła przepchnąć tłuszcz z prawego serca do naczyń włosowatych płuc i innych narządów, wstrzykiwał autor w pierwszej grupie doświadczeń do prawej żyły udowej większą ilość wody pod ciśnieniem 200 mm. rtęci, a następnie żyłę podwiązywał. W drugim szeregu doświadczeń zamiast wody wtłaczał powietrze pod temsamem ciśnieniem także w prawą żyłę udową przez mniejwięcej 10 minut. W trzeciej grupie wtłaczał powietrze do jamy brzusznej przez $^1/_2$ godziny z krótkiemi przerwami aż do silnego napięcia powłok brzusznych, a w czwartej grupie, aby się zbliżyć jaknajwięcej do stosunków naturalnych, wstrzykiwał, celem uzyskania gazów gnilnych i wzdęcia brzucha, do jamy otrzewnej 1 cm³ krwi gnijącej i zostawiał następnie zwłoki w ciepłem miejscu aż do wystąpienia skutkiem gnicia mniej lub więcej silnego wzdęcia brzucha. W piątej grupie doświadczeń po odpiłowaniu dolnych nasad kości udowych miażdżył zapomocą zgłębnika szpik kostny, wstrzykiwał nadto do jamy szpikowej 0·5 cm³ oliwy i przy użyciu węża gumowego jako łącznika ze strzykawką wtłaczał kilkakrotnie powietrze do kości udowych. Wreszcie w ostatniej grupie doświadczeń szukał zatorów tłuszczowych płuc u 5 topielców, 2 powieszonych, 2 noworodków i 3 zmarłych nagłą śmiercią. Wszystkie zwłoki znajdowały się w stanie daleko posuniętego gnicia, brzuch był mniej lub więcej silnie przez gazy gnilne wzdęty, płuca, wątroba i śledziona, a częściowo także nerki z licznymi pęcherzami gazów gnilnych, rzucone na wodę pływały. Płuca tak zwierząt, jak ludzi, ustalano w 10% formalinie, krajano na mikrotomie do mrożenia, barwiono sudanem III, względnie szkarłatem R., a następnie podwójnie hematoksyliną i eozyną. Na podstawie tych badań dochodzi autor do przekonania, że zatory tłuszczowe w płucach i sercu można także sztucznie na zwłokach wywołać, że jednak powstają one wówczas tylko w bardzo skąpej ilości i wśród szczególnie pomyślnych warunków, że zatem znalezienie ich w większej ilości przemawia za ich powstaniem za życia, a nie pośmiertnem. Zatory tłuszczowe zachowują więc nadal swoje znaczenie, jako ważna wskazówka, iż obrażenie powstało za życia. J. Olbrycht.

Lochte. **O zdolności wykonywania ruchów i czynności przez ciężko uszkodzone osoby.** (Wiener med. Woch. 1911, Nr 15). Wielokrotnie spostrzegano, że pewne czynności mogą wykonywać jeszcze po uszkodzeniu osoby, które doznały ciężkich obrażeń głowy, pęknięć kości skroniowej, graniczącej z tą częścią kości ciemieniowej lub nawet pęknięć podstawy czaszki, połączonych z krwotokiem z przerwanej tętnicy oponowej średniej. Warunkiem kardynalnym było naturalnie zachowanie przytomności. Jako przykład przytacza autor szereg przypadków. Także obrażenia narządów wewnętrznych klatki piersiowej lub jamy brzusznej, wywołane przez uraz tępy, niezawsze znoszą możność wykonywania pewnych czynności. I tak po pęknięciu uszka sercowego w następstwie uderzenia kopytem, po pęknięciu płuc w następstwie przejechania, po pęknięciu wątroby, pęcherza moczowego, ciężarnej macicy i jelit, spostrzegano zdolność wykonywania czynności. Po ranach postrzałowych czaszki mogą ranni, jak to mianowicie pouczyły spostrzeżenia w wojnie boerskiej, mimo ciężkich obrażeń mózgu wykonywać jakieś czynności. Po postrzałach serca, płuc, jamy brzusznej, mogą być wykonywane nawet bardzo skomplikowane czynności. Tosamo odnosi się także do ran kłutych serca i wielkich naczyń, tudzież do zupełnego przecięcia tętnic szyjnych. Wreszcie ciężkie obrażenia kości kończyn dolnych niezawsze natychmiast znoszą zdolność poruszania się. J. Olbrycht.

Witry. **Przypadek fetyszyzmu u obojga małżonków.** (Med. Klinik. 1910, Nr 51). Mąż zdrowy, bez dziedzicznego obciążenia, — małżonka dziedzicznie obciążona. Od 8 lat żonaci, mają czworo dzieci. Mąż fetyszysta na punkcie trzewików, żona jego w kierunku powonienia. Pierwszy wytrysk nasienia wystąpił u męża w 14 roku życia na widok wysokiego, czarnego bucika u pewnej młodej dziewczyny. Od tego czasu chodził stale za kobietami, unoszącemi wysoko suknie, aby ich trzewiki podziwiać. Czuł zwłaszcza skłonność do czarnych trzewików. Jeżeli zawarł bliższą znajomość z kobietą, noszącą takie obuwie, wówczas następował u niego wzwód i wytrysk nasienia. W pierwszym kwartale pożycia małżeńskiego spółkowanie było prawidłowe. Potem musiał kazać zrobić dla żony czarne, wysokie trzewiki i przez pewien przeciąg czasu przed spółkowaniem dotykał członkiem wewnętrznej powierzchni trzewików. Dopiero wtedy następowało normalne spółkowanie wśród silnego spocenia się, przyczem żona podczas pewnych ruchów (przy spółkowaniu) ukrywała głowę pod pachą męża i zlizywała wydzielający się pot. Zapach potu męża, który dokładnie umiała odróżnić od innego, wzmagał w niej uczucie lubieżności w sposób bardzo wybitny. Przed zamążpójściem doznawała podrażnienia płciowego, przebywając w salach tanecznych ze znaczną liczbą osób. Mąż jeździ często w przeciągu roku do Francyi, ponieważ Francuzki wyżej unoszą suknie, niż Niemki. Zresztą pożycie obojga małżonków było całkiem zgodne i spokojne. J. Olbrycht.

Hartmann. **Złamanie czaszki dziecka przy porodzie siłami natury.** (Vierteljahrft f. ger. Med. 1911, 3 F., T. XLI, Z. 1). Pewna kobieta z ogólnie ścieśnioną krzywiczą miednicą urodziła siłami natury dziecko, które wkrótce po porodzie zmarło, wogóle nie oddychając. Na lewej kości czołowej znajdował się odcisk, a drugi takisam 3 cm. długi a 2 cm. szeroki na tyłogłowiu z prawej strony tuż na granicy porostu włosów. Lewa kość czołowa była aż do opony twardej gwiaździsto złamana, a oprócz tego biegło pęknięcie kości od guza czołowego do ciemienia. Z tyłu prawa część kłykciowa (pars condyloidea) była podsunięta pod łuskę kości potylicznej, a szew przerwany. Krwiak międzyoponowy z tyłu po stronie prawej nad móżdżkiem i mostem Varola; wybroczyny w rdzeniu przedłużonym. Wzgórek miednicy matki sterczał pod kątem ostrym silnie ku przodowi i nieco na prawą stronę. On to był powodem pęknięcia kości czołowej lewej skutkiem złego ustawienia się główki tembardziej, że niepodatne kości czaszki dziecka nie podsunęły się jedne pod drugie; natomiast spojenie łonowe było powodem obrażenia w okolicy tyłogłowia. Śmierć była następstwem ucisku rdzenia przedłużonego przez część kłykciową. Przypadek ten ma znaczenie sądowo-lekarskie z tego powodu, że rozpoznanie samoistnego złamania czaszki tylko na podstawie obrazu sekcyjnego u płodu jest niemożliwe, tembardziej, że odciski skóry, które wyglądały tak charakterystycznie, już na drugi dzień po porodzie były zaledwie widoczne. Wszystkie poprzednie, t. j. czworo dzieci tej kobiety urodziły się także z obrażeniami głowy.

J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22. XI. 1911.

Przewodniczący prezes Prof. Cybulski, obecnych członków 44.

1) Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia preparat narządów moczowo-płciowych 18-letniej dziewczyny, u której od lat kilku miał mocz stale wypływać ze sromu; w klinice położniczej stwierdzono włosowatą przetokę pęcherzowo-pochwową i wykonano przed rokiem fistulorafię; następnie w r. b. wykonano na oddziale chirurgicznym

szpitala św. Łazarza wobec utrzymującego się mimowolnego moczenia okręcenie cewki moczowej, jednak bez wybitniejszego skutku. W ostatnich czasach pojawiły się groźne objawy ze strony górnych dróg moczowych, wskutek czego na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza wykonano nefrotomię i osączkowano miedniczkę po stronie prawej. Jak widać na preparacie, uzyskanym przy sekcyi, jest pęcherz moczowy niezwykle mały, niewiele większy od orzecha włoskiego, kształtu stożkowatego ze szczytem ku górze zwróconym. Szczyt pęcherza przykryty przez trzon macicy bardzo silnie zgięty ku przodowi, z którego otrzewna przechodzi wprost na przednią ścianę brzuszną tak, że niema wcale zagłębienia pęcherzowo-macicznego. Ze szczytu pęcherza wiedzie do pochwy otworek ledwo dla sondy drożny, o brzegach gładkich, równych, uchodzący na przedniej ścianie pochwy tuż pod przedniem sklepieniem. Trójkąt Lieutauda słabo wykształcony, ujście pęcherzowe prawego moczowodu drożne, lewego zupełnie zarosłe. W moczowodzie, miedniczce i nerce prawej obraz ostrej sprawy ropnej (pyelonephritis), przechodzącej także na otoczenie nerki prawej. Lewy moczowód zarosły, zamieniony na włóknisty postronek, z wyjątkiem krótkiego odcinka (około 5 ctm długości) w dolnej części, gdzie gruba, włóknisto zwyrodniała ściana moczowodu otacza ciasne światło, wypełnione skąpą, suchą, białawożółtą, wapnistą miazgą. Nerka lewa nieco powiększona, zamieniona w całość w zatokowatą torbiel, zawierającą miazgę suchą, białą, wapnistą; cienką ścianę zewnętrzną i przegrody jam w nerce stanowi tkanka o wejrzeniu włóknistem. Treść, znajdująca się w jamach nerki, składa się mikroskopowo z miazgi rozpadowej, kropelek tłuszczu, barwiących się sudanem i grudek soli wapniowych, nie zawiera żadnych utrzymanych jeszcze komórek, nie znaleziono w niej też prątków gruźliczych. Badanie mikroskopowe (demonstracya preparatów) ścian i przegród jam w nerce prawej stwierdza gdzieniegdzie resztki utkania nerkowego, zwyrodniałego włóknisto; tu i ówdzie widać gniazda nacieku drobnookrągłokomórkowego; nigdzie niema histologicznego obrazu, mogącego przypominać gruźlicę; od wewnątrz znajduje się gruby rąbek jednostajnie włóknistej tkanki, do którego bezpośrednio przylega treść jam. Komunikacya pomiędzy pęcherzem a pochwą była prawdopodobnie wrodzona; za tem, że jestto wada rozwojowa, przemawiałyby małość i nieprawidłowy kształt pęcherza, położenie i zachowanie się brzegów otworka, łączącego pęcherz z pochwą, oraz zachowanie się otrzewnej. Wytłomaczenie powstania tej rzadkiej wady uważane jest za trudne (w przeciwieństwie do przetok wrodzonych przedsionkowoodbytniczych, powstałych przez niezupełne rozgrodzenie pierwotnej kloaki); nasuwa się pytanie, czy nieprawidłowość ta nie mogła powstać w stosunkowo wczesnym okresie rozwoju, gdy koniec niezanikłych jeszcze kanałów Wolffa wciągał się w okolicę trójkąta Lieutauda, a dolna ich część wchodzić poczynała w skład górnej części bocznych ścian pochwy (demonstracya rysunków schematycznych). Sprawa zarastania, fizyologicznie odbywająca się w moczowniku (urachus), mogła przejść nieprawidłowo od szczytu i na niższą część pęcherza, tak, że obecnie pozostała właściwie tylko okolica trójkąta Lieutauda, a właściwa jama pęcherza nie istnieje. Wada rozwojowa pęcherza usposabiała oczywiście moczowody i nerki do dalszych zmian chorobowych; nastąpiły one naprzód w **nerce lewej,** która przedstawia obraz taki sam, jak przy **starych sprawach gruźliczych** (demonstracya podobnych preparatów z muzeum anatomopatologicznego Uniw. Jag.). Sprawy takie kończyć się mogą prawie zupełnem zniszczeniem miąższu nerkowego i **zupełnem zarośnięciem moczowodu,** poczem treść jam w nerce zagęszcza się przez wessanie części płynnych i zamienia w gęstą, suchą miazgę ze złogami wapna. Świeże powikłanie sprawą ropną po drugiej stronie musiałoby się w każdym razie wobec zupełnego zniszczenia nerki lewej przez opisaną zmianę skończyć pomimo operacyi śmiertelnie. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabiera głos Prof. Kostanecki, objaśniając na tablicach rozwój narządów moczowopłciowych i wyrażając zdanie, że przetoka mogła w przedstawionym przypadku wytworzyć się w późniejszym dopiero okresie rozwojowym. — Kol. Pisarski podaje pokrótce dane kliniczne, odnoszące się do przedstawionego przypadku.

2) Wybrano komisyę przedwyborczą według wniosku Zarządu Towarzystwa.

3) Prof. Bujwid: **Bakteryologiczne badania wody w rzece Wiśle na długości 200 klm poniżej Krakowa.**

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 26. VI. 1911.

Przewodniczący: Krusche. Sekretarz: Sonnenberg.

1) Kol. Grosglik przedstawił ze szpitala im. Poznańskich: a) chłopca z **verrucosis cutis** od 3 lat, b) chłopca 15-letniego **z dziedzicznym przymiotem,** którego przedstawiał w Towarz. przed 6 laty, oraz c) przypadek do rozpoznania, dotyczący kobiety 40 letniej, u której na kończynach znajdują się wykwity. Zdaniem kol. G. sąto albo przejawy erythema Bazin, **albo kilaki.**

2) Kol. Krusche wspomniał o świeżej stracie, którą poniosło Towarzystwo lek. łódzkie przez śmierć Kol. L. Przedborskiego, jednego z najczynniejszych członków naszej instytucyi. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc, poczem

3) Kol. Grabowski w dłuższem przemówieniu, poświęconem działalności kol. Przedborskiego, podał kilka dat biograficznych, mówił o zmarłym, jako o człowieku, lekarzu i koledze, podkreślił jego głębokie poczucie obowiązków społecznych, żywy udział w życiu społeczno-lekarskiem oraz jego szczery stosunek do aspiracyi narodowych społeczeństwa polskiego. W końcu przytoczył tytuły 25 prac b. p. kol. Przedborskiego z dziedziny otolaryngologii, z których 8 wyszło w pismach lekarskich niemieckich.

4) Uchwalono z okazyi 50-tej rocznicy istnienia »Przeglądu Lekarskiego« mianować głównego redaktora »Przeglądu«, Prof. S. Ciechanowskiego, w uznaniu jego działalności naukowej i zasług na polu piśmiennictwa lekarskiego polskiego, członkiem honorowym Towarzystwa lek. łódzkiego, oraz uczestniczyć w obchodzie jubileuszowym, jak i w Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. W tym celu uchwalono wysłać w d. 17 i 18 lipca r. b. telegraficznie do Krakowa życzenia oraz postanowiono, że kol. Sterling będzie reprezentować nasze Towarzystwo na wymienionych uroczystościach.

5) Postanowiono prosić Sekretarza Towarzystwa, aby ułożył szczegóły przebiegu uroczystości jubileuszowych naszego Towarzystwa. Szczegóły obchodu tego wraz z Pamiętnikiem Zjazdu stanowić mają jedną broszurę.

6) Omawiano sprawę wspólnej, z okazyi 25-letniego istnienia Towarzystwa, grupy fotograficznej.

7) Kol. I. Michalski przeczytał sprawozdanie kasowe (sprawy Zjazdu).

8) Kol. Krusche, z okazyi 25-lecia naszego Towarzystwa, ofiarował na rzecz tej instytucyi Rb. 150.

9) W dyskusyi nad przedstawionym przez kol. Grosglika przypadkiem, dotyczącym wykwitów na kończynach, który kol. G. różniczkuje pomiędzy erythema Bazin i kilakami, Sonnenberg ze względu na twarde, ograniczone nacieczenia, w postaci ostrego, stożkowatego wypuklenia ze strupem lub żółtym punktem na szczycie, oraz ze względu na przebieg cierpienia, rozpoznaje w danym przypadku czyraczność (furunculosis).

10) Kol. Goldman przedstawił chorego, u którego z przyczyny **raka usunął połowę języka.**

Posiedzenie z dnia 6. IX. 1911.

Przew. Krusche. Sekretarz Tomaszewski.

1) Przewodniczący przeczytał list Prof. Ciechanowskiego w odpowiedzi na zamianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Sterling: **W sprawie wykonania** przez Towarzystwo lekarskie szeregu **uchwał I Zjazdu lekarzy prowincyonalnych** Królestwa Polskiego.

Zgodnie z wnioskami przez Sterlinga przedstawionymi zebrani postanowili:

A) W wykonaniu uchwały, tyczącej się współdziałania Towarzystw lekarskich w sanacyi szpitalnictwa — akcyę odpowiednią podjąć, mając za punkt wyjścia referat kol. H. Trenknera, na Zjeździe przedstawiony, a omawiający szczegółowo stan szpitalnictwa łódzkiego. Kol. H. Trenkner podjął się referat swój uzupełnić projektem reform, w szpitalnictwie łódzkiem pożądanych, a w najbliższym czasie wykonalnych.

B) W wykonaniu uchwał, tyczących się znawstwa sądowo-lekarskiego, w szczególności zaś orzeczeń o stopniu uszkodzenia, spowodowanego przez nieszczęśliwe zdarzenia przy pracy w przemyśle — projekt stałego biura ekspertyz lekarskich i projekt regulaminu dla tegoż opracować polecono kolegom: Łuczyckiemu, Pinkusowi i Skalskiemu. Projekt opracowany ma być wydrukowany i rozesłany wszystkim członkom Towarzystwa.

C) W wykonaniu uchwały, tyczącej się walki z rakiem, ułożyć i wydrukować odezwę zarówno do lekarzy, jak i do położnych i zwrócić się do wszystkich Towarzystw lekarskich z zapytaniem, czy życzą sobie nabyć od naszego Towarzystwa (po cenie kosztu) owe odezwy, dla wielu bowiem Towarzystw lekarskich samodzielny nakład byłby wydatkiem zbyt poważnym (i — nieproduktywnym). Zajęcie się tą sprawą polecono koleżance Z. Garlickiej.

D) W wykonaniu uchwały, tyczącej rejestracyi chorych zakaźnych, opracować projekt schematów, sposobów ich rozsyłania lekarzom, sposobów ich zwrotu przez lekarzy i możności zużytkowania zebranego materyału statystycznego. Opracować ten projekt polecono kol. Margolisowi i Sterlingowi.

Wobec małych korzyści, jakie ma miasto z istniejącej kamery dezynfekcyjnej, zobowiązano Prezesa Zarządu do listownego zapytania — pod adresem zarządzającego kamerą — jakie warunki obowiązują kamerę, jaka istnieje taksa opłat za jej czynności, czy i kto ma prawo do bezpłatnego korzystania z miejskiej kamery dezynfekcyjnej, jakie formalności muszą poprzedzić dezynfekcyę mieszkania i sprzętów po chorobie zakaźnej i t. p.

E) Opracowanie regulaminu stałego Komitetu zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego polecić członków byłego komitetu organizacyjnego I Zjazdu. Regulamin, jak projekt, przesłać wszystkim Towarzystwom do zatwierdzenia i potem dopiero starać się o jego specyalne zatwierdzenie.

3) Kol. Goldman przedstawił:

a) Preparat **raka żołądka,** usuniętego u 36-letniej Bronisławy W. Szczegóły choroby są następujące: Chora od lat 14; bóle w okolicy żołądka i coraz bardziej zmniejszające się łaknienie; w ostatnich latach znacznie schudła; nie wymiotuje; od czasu do czasu, jak opowiada, w okolicy dołka podsercowego występuje guz twardy. Badanie obok znacznego wychudzenia, żółtej wyniszczonej cery i osłabienia wykazuje opór w linii środkowej brzucha powyżej pępka. Treść żołądkowa po próbnem śniadaniu daje nieznaczny przesącz, który kwasu solnego wolnego nie zawiera, nie zawiera kwasu mlecznego, ani kwasów lotnych. Miazga pozostała po przesączeniu okazuje pod mikroskopem ciałka skrobi w stanie prawidłowej amylolizy oraz ślady śluzu; niema drożdży, czworniaków, nadmiaru bakteryi — niema krwi, oraz wogóle elementów morfologicznych, zwłaszcza strzępków nabłonkowych. W stolcu przy bezmięsnej dyecie krwi nie znaleziono. Operacya, wykonana 10 lipca r. b. w lecznicy naszej, wykazała obecność ruchomego guza, który zajmował około $^1/_3$ żołądka, a mianowicie jego małą krzywiznę, przechodząc częściowo w okolicę odźwiernika. Wycięcie guza metodą Billrotha drugą. Przebieg pooperacyjny powikłany nieznacznem ropieniem powierzchownej warstwy skórnej. Chora czuje się zupełnie zdrową, przybywa jej stale na wadze, opuściła zakład 31 lipca. Badanie drobnowidowe guza wykazało budowę raka.

b) Preparat **raka żołądka,** usuniętego 22. 8. 1911 u 54-letniego Franciszka A., który od roku stracił zupełnie apetyt, żywił się tylko drobnemi ilościami płynnego pożywienia, zaś po mięsie, którego zaniechał dawno, dostawał silnych bólów w okolicy żołądka. Od początku lipca b. r. często wymiotuje, w wymiocinach skrzepła krew, a kilkakrotnie nawet płynna, koloru jasno czerwonego. W rodzinie chorego nikt nie cierpiał na raka. Do zakładu chory przybył 5. sierpnia i znaleźliśmy wtedy u bardzo wycieńczonego, bladego mężczyzny w okolicy żołądka guz wielkości jabłka, mało ruchomy, bolesny; treści żołądka ze względu na krwawe wymioty nie wydobywano. 22. VIII. b. r. operacya wykazuje obecność guza, przeważnie na małej krzywiźnie, owrzodzenie guza ze strony zewnętrznej drąży poprzez mięśniówkę; guz zajmuje w przybliżeniu $^1/_4$ żołądka. Resekcya metodą Billrotha drugą. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy; na 8. dzień z blizny pooperacyjnej w tem miejscu, gdzie wyprowadzony był sączek od kikuta dwunastnicy, sączył się przez kilka dni płyn ciemnożółty, co jednak zupełnie ustało po 6 dniach i chory czuje się zupełnie zdrów. Mięsa nie może jeść, doznaje po niem nieprzyjemnego uczucia pełności. Chory opuścił zakład 15 września r. b. zupełnie zdrów.

c) Preparat **raka żołądka**, usuniętego u 50 letniej Blimy Z. w szpitalu Poznańskich d. 2. IX. b. r. W wywiadach rodzinnych nic szczególnego. Od $1^1/_2$ roku trwający brak apetytu, bole w okolicy żołądka, schudnięcie, zmusiły chorą do zgłoszenia się na oddział wewnętrzny szpitala, skąd po bezskutecznem leczeniu przeniesiono ją na mój oddział. Badanie treści żołądka wykazało znaczne opóźnienie trawienia i czynności ruchowych żołądka, brak wolnego kwasu solnego, obecność kwasu mlecznego, pod drobnowidem długie wałeczki, nabłonek płaski i wałeczkowy. W okolicy żołądka obmacywanie, nader bolesne, wykazuje obecność oporu. Laparotomia: guz zajmuje połowę żołądka, szczególnie zajęta mała krzywizna; okoliczne gruczoły znacznie powiększone, wątroba makroskopowo prawidłowa. Próby uruchomienia guza udają się, wobec tego dokonano resekcyi metodą Billrotha drugą. (11 b. m. a więc na drugi dzień po operacyi nagle objawy zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu prawdopodobnie linii szwów. Zejście śmiertelne 12. IX.). Wobec małego kikuta żołądkowego połączenie między jelitem a kikutem żołądka dokonano przednie; kikut dwunastnicy obszyto nader dokładnie szwem 3-piętrowym.

d) **Pęcherzyk żółciowy**, wypełniony kamieniami, usunięty w całości u 48-letniej Anny Ch., chorej od 3 lat. Bole w okolicy dołka podżebrowego; napady te bez podwyższenia ciepłoty powtarzały się początkowo co miesiąc, później co 2 tygodnie, a od grudnia 1910 codziennie, a nawet 2 razy dziennie. Żółtaczki nigdy nie było. Do zakładu przybyła 23. VII. — Po bezskutecznych próbach leczenia wewnętrznego dokonano 23. VIII. wycięcia pęcherzyka żółciowego cięciem Kehra. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

e) **Pęcherzyk żółciowy,** wypełniony kamieniami, usunięty u 35-letniej Sury D., chorej od 9 lat; napady bo-

lów typowych bez podniesionej ciepłoty powtarzały się w ostatnich czasach bardzo często; od roku zauważyła chora obecność guza w prawej połowie brzucha. Żółtaczki nigdy nie było. Do szpitala przybyła 27. VIII. Operacya wykazała pęcherzyk żółciowy silnie zgrubiały i zrośnięty z poprzecznicą i siecią; oddzielanie od łoża wątroby wywołuje mierne krwawienie. Usunięcie całkowite pęcherzyka, drogi żółciowe wolne. Cięcie brzuszne Kehra. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, bez powikłań.

Posiedzenie z dnia 20. IX. 1911.

Przewodniczący Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Grosglik przedstawił chorą z drugorzędnemi i trzeciorzędnemi ciekawemi oznakami **kiły**.

2) Kol. Trenkner przeczytał referat **o stanie szpitalnictwa w Łodzi** (czytany na Zjeździe lek. prow.). W celu poprawy stanu szpitalnictwa proponuje wybrać komisyę, któraby opracowała memoryał dla przedstawienia władzom w sprawie potrzeby budowy szpitala miejskiego i założenia 4 przytułków położniczych.

Dyskusya. S. Sterling sądzi, że Towarzystwo lekarskie w sprawie potrzeby szpitala ogólnego miejskiego nie może powiedzieć niczego, czegoby już nie wiedział ogół i zarząd miasta. Strona finansowa nie jest wyczerpana przez ofiarę gazowni. Ponieważ szpital jest budowany dla szeregu pokoleń, one również zań płacić powinny; ale zaciągnięcie pożyczki przed zaprowadzeniem samorządu byłoby prawdopodobnie niekorzystne dla tych pokoleń, które ją będą spłacały. Obecnie Towarzystwo lekarskie powinno interweniować przedewszystkiem w sprawie braku łóżek szpitalnych dla robotników fabrycznych. Fabrykantów obowiązkiem jest utrzymywanie po jednem łóżku szpitalnem na każdych stu robotników; gdyby spełnili ten przepis prawny, przybyłoby Łodzi około 600 łóżek szpitalnych. Akcyę w tym kierunku należałoby rozpocząć bezzwłocznie, demaskując obejście prawa kosztem zdrowia i życia robotników. Współcześnie należałoby agitować za założeniem przez miasto przytułków położniczych, co dałoby się zrobić bez wielkich wydatków pieniężnych. Po trzecie, dążąc do poprawy obecnych licznych szpitali prywatnych, powinno Towarzystwo lekarskie zorganizować (np. przy jednym z większych szpitali) laboratoryum do badań klinicznych (ponieważ wszystkie istniejące laboratorya stoją niżej poziomu i tylko dorywczo są w nich badania wykonywane); byłoby to »laboratoryum szpitali łódzkich« ze stałym fachowym personalem. Towarzystwo lekarskie powinnoby też zobowiązać szpitale (szczególnie większe, np. żydowski) do wykonywania sekcyi pośmiertnych.

Kol. Handelsman żąda, aby starać się o sanatoryum dla Łodzian, o szpital dla przewlekle chorych i dom dla ozdrowieńców. Zapytuje kol. Trenknera, dlaczego w swoim referacie nie uwzględnił uzdrowiska dla żydów, które w ostatnich czasach przyjmuje i chorych.

Kol. Goldberg żąda jaknajprędszego urządzenia szpitala dla chorych wenerycznych, pragnie, aby Tow. lek. wystąpiło do władz z żądaniem polepszenia bytu szpitala Aleksandra zapomocą pewnej stałej zapomogi, ponieważ szpital Aleksandra jest właściwie szpitalem miejskim.

Kol. Koliński proponuje wystąpić z żądaniem, aby w sąsiednich miastach zostały ufundowane szpitale, chorzy z owych miast bowiem zapełniają szpitale łódzkie.

Sterling, uważając, że akcya Tow. lekarskiego powinna dążyć tylko do rzeczy bezpośrednio osiągnąć się dających, nie widzi korzyści z proponowania miastu budowy sanatoryum dla przewlekle chorych, domów dla ozdrowieńców, szpitali specyalnych dla chorych wenerycznych i t. p. zakładów, o których miasto pomyśli po wybudowaniu szpitala ogólnego (lub przy jego budowaniu). Podtrzymuje projekt akcyi, ograniczony do: 1) domagania się, by fabryki dały swym robotnikom pomoc szpitalną w rozmiarach przez prawo gwarantowanych; 2) domagania się, by miasto założyło przytułki położnicze; 3) zorganizowania — przez istniejące szpitale prywatne — wspólnego laboratoryum szpitalnego.

Kol. Trenkner wyraża zdanie, że wnioski kolegów mają charakter publicystyczny, jego zaś jest więcej praktyczny i proponuje głosowanie.

Większością głosów zebrani przychylają się do wniosku kol. Trenknera i wybierają komisyę, w skład której weszli kol. Trenkner, Krusche, Koliński, Goldberg i Sterling.

Co się zaś tyczy laboratoryum centralnego, to po dyskusyi, w której zabierali głos kol. Goldberg, Rosenthal, M. Cohn i Koliński przyjęto propozycyę tego ostatniego, aby przedstawiciele szpitali zebrali się z prawem kooptacyi w celu wypracowania szczegółowego projektu takiego laboratoryum.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 20. V. 1911 r.

1) Kol. Wasilewski przedstawił przypadek **ciężkiej niedokrwistości** niewyjaśnionego bliżej pochodzenia. Chora lat 24, od 5 lat zamężna. W pierwszym roku dwa poronienia, później poród prawidłowy. Od czasu wyjścia zamąż czuła się słabą, po roku musiała się położyć. W ostatnim roku stan chorej pogorszył się znacznie wskutek uporczywej biegunki; ciepłota dochodziła nieraz do 40°, bladość i wyczerpanie powiększały się stale. W płucach i sercu nie wykryto żadnych zmian, wątroba i śledziona trochę powiększone, ilość hemoglobiny zmniejszona (20%), krwinek białych 6000, czerwonych 1.800000, obecność krwinek wielokształtnych. Od 3 miesięcy nieznaczna poprawa stanu ogólnego. Stosowane przez szereg lat rozmaite środki lekarskie dawały zawsze wynik niepomyślny.

W dyskusyi wypowiada kol. Biegański przypuszczenie, że chora może być dotknięta skrytą postacią kiły. Przemawiają za tem dwa poronienia, początek choroby po wyjściu zamąż, powiększenie wątroby. — Kol. Wacław Kon mówi, że wykonane przez niego badanie krwi dało ujemny odczyn Wassermanna i stwierdziło obecność tworu, podobnego nieco do pasorzyta zimnicy czwartaczki. — Kol. Rozenfeld wątpi, czy twór, wykryty przez kol. Kona, jest istotnie pasorzytem zimniczym. Objawy kliniczne również zdają się wyłączać zimnicę.

2) Kol. Rozenfeld opisał **przypadek obcego ciała w drogach oddechowych**. Chora, lat 45, zgłosiła się z powodu bardzo silnego kaszlu i duszności. Objawy te wystąpiły po zakrztuszeniu się łupiną orzecha. Badanie płuc początkowo wykazało osłabienie oddechu w dolnej części prawego płuca poniżej łopatki. Wkrótce w tem miejscu rozwinęło się duże ognisko z wyraźnem stłumieniem odgłosu opukowego i rzężeniami dźwięcznemi. Gorączka zwalniająca, z wieczornemi nasileniami do 39°. Plwocina ropiasta, bardzo obfita, niecuchnąca. Po pięciu miesiącach choroby stan chorej był rozpaczliwy i wróżył zejście niepomyślne. Atoli najniespodziewaniej chora podczas kaszlu wykrztusiła połowę łupiny orzecha laskowego, poczem w ciągu niespełna trzech tygodni stan jej poprawił się znakomicie. Obecnie jest już zupełnie zdrowa.

W dyskusyi opisali kol. E. Kohn i Biegański analogiczny przypadek. Po zakrztuszeniu się kostką kurczęcia wystąpiły u chorej w płucu objawy jamy, która sprawiała wrażenie gruźliczej. Po kilku miesiącach chora wykrztusiła masę ropy z jednym kręgiem szyjki kurczęcia. — Kol. Batawia nadmienia, że dawniej, o ile zdołano rozpoznać sprawę, w celu usunięcia obcego ciała wykonywano rozcięcie tchawicy. Dzisiaj w celu rozpoznawczym i leczniczym stosowana bywa bronchoskopia.

3) Kol. Biegański wypowiedział wykład: **O roli tętnic w obiegu krwi.** Do połowy XIX. wieku mechanizm krążenia krwi przypisywano wyłącznie sercu. Odkrycie nerwów naczynioruchowych przez Cl. Bernarda stwierdziło już pewną samodzielność układu tętniczego i jego czynny udział w krążeniu krwi. Nowsze zaś badania autorów francuskich, zwłaszcza Hucharda, dowodzą, że tętnice średnie i drobne, posiadając w swych ściankach gładkie włókna mięsne, grają rolę niezmiernie ważną, analogiczną z czynnością serca obwodowego. Cały szereg faktów przemawia za tem, że tętnice drobne i średnie kurczą się współcześnie z falą krwi, która przypływa z tętnic wielkich, i przez ten skurcz pędzą krew ku obwodowi. W czasie zaś rozkurczu działają ssąco i w ten sposób zasługują istotnie na miano serca obwodowego. W dalszym ciągu B. na podstawie badań Mackenziego zastanawia się nad pytaniem, czem jest właściwie tętno, i wykazuje czynną rolę ścian tętniczych w powstawaniu tętna. W końcu mówi o leczeniu chorób drogą oddziaływania na tętnice i wyjaśnia bliżej pomyślny wpływ gimnastyki leczniczej, miesienia oraz kąpieli kwasowęglowych.

4) Kol. Wacł. Kon przedstawił **preparaty krętków i laseczników okrężnicy**, powiększonych 2000 razy (ultramikroskop).

Posiedzenie z dnia 17. VI 1911 r.

1) Apt. Nowak podaje do wiadomości, że wśród grona aptekarzy powstał zamiar utworzenia Domu handlowego na zasadach akcyjnych z kapitałem zakładowym 100000 rb. Przewidywane jest założenie pracowni farmaceutyczno-chemicznej, rozbiorowej, apretury, hodowli roślin i dwóch składów. P. Nowak określa bliżej znaczenie apretury.

Kol. Biegański uważa projekt ten za bardzo słuszny, sądzi jednak, że prowadzenie apretury będzie zanadto kosztowne. Radzi zwołać osobne posiedzenie pp. aptekarzy i zaprosić członków Towarzystwa lekarskiego w celu bliższego omówienia tej sprawy.

2) Kol. Rozenfeld wygłosił wykład: **O istocie krzywicy.** Na wstępie opisał budowę szpiku kostnego, oraz rolę jego pod względem kościo- i krwiotwórczym. Następnie zatrzymał się dłużej na zmianach, jakie powstają w szpiku ludzi dorosłych, dzieci i zwierząt pod wpływem zakażeń, zatruć i krwotoków. Charakter odczynu ze strony szpiku jest prawie jednakowy, różnice są drobne, dotyczą bujania tych lub innych pierwiastków szpikowych i zależą od rodzaju zatrucia. Pewna różnica odczynu w wieku dziecięcym zależy jeszcze od swoistego charakteru szpiku. U dorosłych, pomijając przypadki bardzo ciężkie, szpik wystarcza dla odnowy krwi. U dzieci pracę tę podejmują jeszcze gruczoły chłonne, tkanka gruczołowata, śledziona. Zmiany, właściwe krzywicy, przedstawiają zupełne podobieństwo do zmian, powstających wskutek zakażeń, zatruć i krwotoków. Krwotoki zawsze wywołać muszą głębszy odczyn w szpiku dziecka. Ażeby z odczynu tego powstać mogła krzywica, potrzeba jeszcze pewnego usposobienia. W dalszym ciągu opisuje prelegent trzy okresy kolejne w rozwoju zmian kostnych przy krzywicy i, zgodnie z teoryą Marfana, jako najważniejsze przyczyny tej choroby podaje: zakażenia i zatrucia z przewodu pokarmowego, kiłę dziedziczną, gruźlicę, zapalenie płuc krztuścowe, wreszcie ropne zapalenie skóry. W końcu wylicza najważniejsze objawy kliniczne krzywicy i wyjaśnia powstawanie ich ze stanowiska przedstawionej teoryi.

W dyskusyi rozwija kol. Biegański teoryę, która powstawanie krzywicy wiąże z czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Dalej zauważa kol. Biegański, że w zbiorowym opisie objawów krzywicy prelegent pominął zaburzenia układu nerwowego. — Kol. Rozenfeld odpowiada, że nie zamierzał wyczerpać całokształtu objawów krzywicy, wymienił najważniejsze, chcąc wykazać, w jaki sposób powstawanie ich można wyjaśnić ze stanowiska teoryi Marfana.

3) Kol. Wacław Kon opisał fakt **zakażenia się gruźlicą** czterech **świnek morskich,** umieszczonych **w poczekalni dla chorych.** We wszystkich narządach stwierdzono rozległe spustoszenia gruźlicze. Śmierć nastąpiła po upływie 3 miesięcy. Świnki, pozostawione w pracowni, są zupełnie zdrowe.

W dyskusyi podnosi kol. Biegański, że poczekalnie lekarskie są rozsadnikiem wszelkiego rodzaju zarazków. Ze względu na bezpieczeństwo rodziny, powinno być zniesione przyjmowanie chorych w prywatnem mieszkaniu lekarza, albo też pokoje dla chorych powinny być zupełnie oddzielone od reszty mieszkania. — Kol. Rozenfeld twierdzi, że z poczekalń dla chorych powinny być bezwarunkowo usunięte obicia miękkie, portyery, dywany. — Kol. Kędzierski podnosi, że lekarze mogliby pójść za wzorem dentystów warszawskich, z których wielu mieszka poza miastem, a w śródmieściu posiada wspólną pracownię. — Kol. Łokczewski przypomina projekt Zygmunta Kramsztyka otwierania wspólnych pracowni ze względów higienicznych i ekonomicznych.

Dr Karol Rozenfeld.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 6. X. 1911 r.

1) Kol. Łazarewicz: **O komórkach plazmatycznych w ginekologii.** Hitschmann i Adler w Dreźnie wystąpili z reformą nauki o nieżycie śluzówki, przedewszystkiem przeciw »endometritis glandularis«. Powodem tej sprawy jest nagromadzenie komórek plazmatycznych. Prawidłowo drobne komórki gromadzą się w tkance śluzowej macicy w gromadkach, podobnie jak w gruczołkach chłonnych. Rozpoznanie więc zapalnego stanu byłoby bardzo trudne, gdyby nie można odróżnić komórek plazmatycznych, które według tych autorów znajdujemy jedynie w stanie zapalnym. Spotyka się je w zapaleniach (endometritis) po poronieniu i połogu, a utrzymują się one lata całe w śluzówce. Dlatego dla rozpoznania przewlekłego nieżytu nie potrzeba trzymać się komórek wrzecionowatych. Mowca przedstawia rozwój nauki o komórkach plazmatycznych wogóle i różnice zapatrywań Unny i Neissera oraz Marschalko. O stosunku tych komórek do narządów płciowych kobiety bardzo mało istnieje wzmianek. Tylko Pfannenstiel w dziele Winckla zgadza się z Waldeyerem, chodzi tu jednak nie o właściwe komórki miąższowe, lecz o t. zw. »tuczne«. Pierwszą pracę o właściwych komórkach plazmatycznych w sprawach kobiecych napisał Wederhake. W ciąży np. powstają według niego komórki plazmatyczne z limfocytów i dostają się do śluzówki, gdzie częściowo zamieniają się na doczesne. Wyniki Wederhakego jednak są nie sprawdzone, a nawet Weisshaupt i Frey wprost im zaprzeczają. Badali oni nietylko śluzówkę, ale i inne części narządów rodnych. Widzieli te komórki często w strzępach wyskrobanych po poronieniu.

Przy różnych sprawach różnie zachowują się komórki plazmatyczne. Gdzie są leukocyty, tam ich brak. Nie są też cechą spraw zapalnych przy mięśniakach. Ukazują się zwykle w okolicy drobnych naczyń, wśród innych komórek. Istnieje powinowactwo z »komórkami drobnemi okrągłemi«, które odpowiadają małym limfocytom. Mowca sądzi, że i komórki plazmatyczne należy zaliczać do limfocytów, które w tkance soczystej pęcznieją. Komórki tuczne prawdopodobnie tworzą się z plazmatycznych.

Jakie znaczenie mają komórki plazmatyczne w rozpoznawaniu przewlekłego nieżytu śluzówki macicznej? Wszy-

scy autorowie używali do badania strzępów wyskrobanych. Jeśli ten materyał zawierał tak często komórki plazmatyczne, to dowodzi to, jak ważne jest ich odnalezienie w celach rozpoznania. Jednakowoż tak samo do rozpoznania nieżytu wystarczają inne wybitne objawy.

W dyskusyi przychyla się kol. Święcicki do zapatrywania Unny. Obecność komórek plazmatycznych w »endometritis interstitialis« właśnie dowodzi, że chodzi o obronę ustroju wobec jadu, oraz dowodzi ich pochodzenia z tkanki łącznej. Co do zapatrywań Pfannenstiela, to ciąża przedstawia rodzaj toksykozy i może powodować bujanie tych komórek. Mowca wspomina o ziarninach Schriddego, składających się z lecytyny, a znajdujących się także w komórkach tkanki łącznej.

Kol. Jezierski zwraca się przeciw teoryi Freya. Szkoła hematologiczna od 30 lat rozróżnia komórki z ziarniną i bez niej. Dlatego nie mogą komórki plazmatyczne pochodzić od limfocytów.

Kol. Karwowski podnosi teoryę Unny. Zwraca się przeciw temu, żeby różnicę między komórkami tucznemi a plazmatycznemi widzieć tylko w rozmiarach ziarniny. Komórki tuczne przybierają w przeciwieństwie do tamtych barwę czerwoną, mają postać odmienną, często ogoniastą i wrzecionowatą. Komórki plazmatyczne należy dzielić na 1) wielkie = macierzyste, 2) małe = pochodne i zupełnie od nich różne małe komórki zanikłe, których miąższ w postaci nieregularnych bryłek tylko uwydatnia się sposobem barwienia Unny. Ponieważ dawnymi sposobami barwienia plazmy się nie uwydatniało, przeto widziano tylko jądra i opisywano je jako leukocyty, limfocyty, a zapewne nieraz jako »drobnokomórkowe nacieki«. K. przypomina także zapomnianą teoryę Grawitza o t. zw. »Schlummerzellen«, która jednak miała podstawę. Mowca znalazł też w ostatnich pracach nad salwarsanem wzmiankę, że przy jego działaniu odgrywają rolę komórki plazmatyczne. — Kol. Swięcicki podnosi, że dowodziłoby to roli przeciwjadowej tych komórek. — Kol. Jezierski przedstawia preparat drobnowidowy komórek plazmatycznych.

2) Kol. Mieczkowski zawiadamia, że Prof. Kryński przybędzie na Walne Zebranie z wykładem: »O leczeniu operacyjnem choroby Basedowa«. Koreferaty obejmą kol. Jezierski (internista) i kol. Karwowski (o rentgenoterapii choroby Basedowa). Dr Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13 b. m. posiedzenie, na którem Dr Parturier mówił o zdrojowiskach francuskich w porównaniu z niemieckiemi. Wybory Zarządu na r. 1912 odłożono do następnego posiedzenia.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła 9. b. m. posiedzenie, na którem zajmowała się następującemi sprawami: 1) Przepisy o grzebaniu zwłok. 2) Taksa szpitalna w Zaleszczykach. 3) Ambulatoryum w szpitalu izraelickim we Lwowie.

— Prof. Dr Stanisław Maziarski został mianowany zwyczajnym profesorem histologii. Przez tę przemianę katedry histologii nadzwyczajnej na zwyczajną zostaje Wydział krakowski zrównany z innymi austryackimi Wydziałami lekarskimi, gdzie katedra ta oddawna jest zwyczajną.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. XII. do 9. XII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 5, ospy wietrznej 5, płonicy 19 † 3 (2 † 2), odry 31 † 2 (2 † —), duru brzusznego 4 † — (1 † —), gorączki połogowej 2 † 2 (1 † 1), róży 4, wodowstrętu 1. Dr Janiszewski.

Z różnych stron. P. Curie-Skłodowska otrzymała tegoroczną nagrodę Nobla za zasługi w zakresie chemii. Nagrodę za prace z zakresu medycyny otrzymał Prof. Gulstrand z Upsali.

†

Dr Ludwik Cwiklicer.

W dniu 7 grudnia b. r. zmarł w Krakowie Dr Ludwik Cwiklicer, lekarz w Dobromilu i burmistrz tego miasta, członek Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Śmierć Jego stanowi dotkliwą stratę nietylko dla miasta, w którem przez 30 lat z niezmordowaną energią pracował jako lekarz i obywatel, lecz niemniej dla naszych sfer lekarskich, których był ozdobą, oraz dla społeczeństwa, w którem był czynną i wielce pożyteczną jednostką.

Urodzony w r. 1849 w Krakowie, odbył studya gimnazyalne i uniwersyteckie w grodzie Jagiellońskim i tu uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich w r. 1878. Po odbyciu praktyki w szpitalu św. Łazarza, osiadł początkowo w Podhajcach, obejmując kierownictwo tamtejszego szpitala. Już w tem mieście, jako młody lekarz, zdołał pozyskać sobie wnet taką sympatyę i popularność, że mimo krótkiego pobytu i młodego wieku, obrano Go burmistrzem, a w kilka lat później w uznaniu zasług obdarzono Go obywatelstwem honorowem tego miasta. Z końcem r. 1881 przeniósł się do Dobromila, gdzie początkowo piastował skromną posadę lekarza miejskiego, a w rok później także lekarza salinarnego, którym pozostał aż do r. 1906.

Głęboka i wszechstronna wiedza lekarska, stanowczość, powaga i łagodność w postępowaniu z chorymi, zjednały Mu wkrótce sławę dzielnego lekarza i rozległą klientelę, a wysoko wyrobione poczucie godności stanu lekarskiego i koleżeństwa, przyniosło Mu szacunek i zaufanie kolegów, które znalazło jednomyślny wyraz w kilkakrotnym wyborze ś. p. Dra Cwiklicera do Izby lekarskiej. Jako długoletni członek tej Izby brał żywy udział w jej obradach, pomimo rozlicznych zajęć i obowiązków, jakie Jego działalność publiczna nań wkładała. Był również gorliwym członkiem Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a w posiedzeniach Sekcyi sanockiej tegoż Towarzystwa brał stale czynny udział, występując często z tematami naukowymi, jakoteż dając inicyatywę w wielu sprawach zawodowo-lekarskich.

Zajęcia zawodowe nie wystarczały jednak do zupełnego wypełnienia treści życia tego niezwykle ruchliwego umysłu i bardzo wybitnej indywidualności, jaką był ś. p. Cwiklicer. Skromny z natury, nie szukał wprawdzie rozgłosu na szerszej arenie życia publicznego — do którego posiadał niewątpliwie wszelkie warunki — lecz zdolności Swe i pracę poświęcił dla dobra miasta, które było Jego siedzibą, tudzież powiatu dobromilskiego. Wybrany w r. 1893 burmistrzem Dobromila, piastował tę godność aż do śmierci, a nazwisko Jego zapisane będzie chlubnie w historyi starego grodu Herburtów. Obdarzony niezwykłym talentem organizatorskim i administracyjnym, odwagą przekonań, niezłomną wolą, oraz konsekwencyą i wytrwałością w przeprowadzaniu powziętych zamiarów i zwalczaniu napotkanych trudności, zdziałał dla miasta bardzo wiele. Był założycielem miejskiej Kasy oszczędności, wybudował dwie szkoły 5-klasowe, kilka budynków miejskich, rzeźnię, założył Kółko rolnicze, ochronkę dla sierót i t. d. Jako lekarz, na stanowisku burmistrza dbał również bardzo o podniesienie stosunków zdrowotnych miasta, o jego uporządkowanie i upiększenie, nie szczędząc na ten cel nawet własnego grosza. Najlepszym dowodem oszczędnej i umiejętnej gospodarki Zmarłego w zarządzie miasta jest to, że przed 18 laty objął finanse miejskie z deficytem, a pozostawił je z majątkiem przeszło miliona koron. Jako długoletni członek Wydziału powiatowego rozwinął wielce pożyteczną działalność około dobra powiatu dobromilskiego. W uznaniu zasług obywatelskich odznaczony został w r. 1898 złotym krzyżem zasługi z koroną.

Ulubionem polem działania Zmarłego było pożarnictwo, którego był od młodości gorliwym orędownikiem. Jeszcze za czasów uniwersyteckich należał do ochotniczej straży pożarnej, a Jego dziełem było założenie Krajowego Związku ochotniczych straży pożarnych, któremu przez długie lata przewodniczył. Miejscową straż pożarną w Dobromilu zorganizował i postawił na stopię nowożytnej; przez skrupulatne przestrzeganie policyi budowlanej i ogniotrwałego krycia dachów, podniósł znakomicie bezpieczeństwo ogniowe miasta, nawiedzanego dawniej częstymi pożarami.

Żmudna praca zawodowa i społeczna, walka z przeciwnościami, które umiał żelazną wolą i energią pokonywać, podko-

pały zdrowie ś. p. Dra Ćwiklicera. Nurtująca Jego ustrój choroba sercowa walczyła przez długi czas daremnie z niespożytym duchem, który aż do ostatniej chwili zwycięzko panował nad zanikającem zdrowiem fizycznem. Wreszcie przemogła choroba, a śmierć nieubłagana przerwała to pracowite życie, wzbudzając głęboki żal u wszystkich, wśród których żył i działał.

Sed non cum corpore exstinguuntur magnae animae!

Cześć pamięci zasłużonego lekarza-obywatela!

Dr Al. Stangenhaus.

Pogrzeb ś. p. Ćwiklicera odbył się w Krakowie. Nad trumną przemawiali: ks. Cozel, podnosząc społeczne Jego zasługi, prezydent Dr Schoengut od Izby lekarskiej, p. Żurawski od Rady powiatowej, p. Hanik od mieszczan dobromilskich, adw. Dr Tigerman od Rady miejskiej dobromilskiej, rejent Bahr od Kraj. Związku straży pożarnych.

Dr Kazimierz Rosenthal, wychowaniec szkoły głównej zmarł w Paryżu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. grudnia 1911 o godzinie 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu Towarzystwa na rok 1912.

Posiedzenie Sekcyi czortkowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę d. 16. grudnia r. b. w szpitalu powszechnym w Czortkowie o g. 5 wieczorem.**

Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia; 2) demonstracye chorych; 3) taryfa lekarzy-znawców c. k. Sądu obwodowego; 4) wnioski.

Następne posiedzenie Sekcyi odbędzie się w Husiatynie.

Prezydyum Sekcyi czortkowskiej.

Sekretarz admin.: Dr Gargulińskí. Przewodn.: Dr Wągrowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Gelonida aluminii subacetici. Przyczynek do leczenia czyszcząco-odkażającego. Dr Junghans (Deut. Med. Klin. 1911, Nr 18).

Leczenie czyszcząco-odkażające przewodu pokarmowego zapomocą »Gelonida aluminii subacetici« stosował najpierw Dr Dreuw z bardzo korzystnym wynikiem przy zaparciu, nieżycie pęcherza i innych chorobach zakaźnych układu moczowego i polecał do ogólnego użytku. Tłumaczenie dla skuteczności takiego postępowania znachodził Dreuw w zabijaniu szkodliwych bakteryi jelitowych (bact. coli etc.) i w zapobieganiu wtargnięcia ich do narządów sąsiednich. Junghans poleca rozszerzenie zakresu wskazań postępowania odkażającego Dreuw'a na takie schorzenia skóry, którę niechybnie wprowadza się w związek z przyczynami wewnętrznemi, szczególnie z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi. On sam osiągnął uwagi godne wyleczenia uporczywej czyrakowatości i acne vulgaris (przy ostatniej bez wszelkiego leczenia miejscowego) jedynie przez podawanie 3—6 sztuk (dzieciom trzy połówki) gelonida aluminii subacetici Nr I. (dodatek siarkanu glinu), Nr II. (czyste) i Nr III (z dodatkiem phenolphtaleiny), zależnie od tego czy zamierzono działanie łagodnie przeczyszczające (Nr I.), raczej wstrzymujące (Nr II.), lub silniej przeczyszczające (Nr III), przez 6—8 tygodni.

Dalej osiągnął on wyleczenie szeregu przypadków przewlekłego zaparcia stolca z silnymi upławami, jakoteż ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Korzystny wpływ widział w przypadku gruźlicy jelit; także przy ostrym wiewiórze, nieżycie pęcherza (obok leczenia miejscowego). Oxyuris vermicularis usunięto po 14 dniach, po $1^1/_2$ rocznem bezskutecznem leczeniu innymi środkami. Przy tych często męczących cierpieniach okazują gelenida aluminii subacetici wprost swoiste działanie; przedstawiają one wogóle środek »wskazany przy schorzeniach zakaźnych jelit i przy stanach następowych«.

Gelonida aluminii subacetici wprowadza w obrót fabryka chemiczna Goedecke & Co w Berlinie. Hr. W.